

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

69

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean-Fernand RABIER

Né le 20 Février 1909, à PAIMBŒUF (Loire-Inférieure)

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES
PHLEGMONS PÉRINÉPHRÉTIQUES

Président : M. MARION, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean-Fernand RABIER

Né le 20 Février 1901, à PAIMBŒUF (Loire-Inférieure)

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES
PHLEGMONS PÉRINÉPHRÉTIQUES

Président : M. MARION, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1938

I. — Professeurs

Anatomie	
Physiologie	
Physique médicale	
Chimie médicale	
Bactériologie	
Parasitologie et histoire naturelle médicale	
Pathologie médicale et générale	
Pathologie médicale	
Pathologie chirurgicale	
Anatomie pathologique	
Histologie	
Pharmacologie et matière médicale	
Thérapeutique	
Hygiène et médecine préventive	
Médecine légale	
Histoire de la médecine et de la chirurgie	
Pathologie expérimentale et comparée	
Hydrologie thérapeutique et climatologie	
Clinique médicale	
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique des maladies infectieuses	
Clinique chirurgicale	
Clinique ophtalmologique	
Clinique urologique	
Clinique d'accouchements	
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale	
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique propédeutique	
Clinique de la Tuberculose	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	
Clinique cardiologie	
Assistance médico-sociale	
Professeurs sans chaire	

MM.
ROUVIERE.
Léon BINET.
STROHL.
POLONOVSKI.
Robert DEBRE.
BRUMPT.
BAUDOIN.
ABRAMI.
CHEVASSU.
N...
CHAMPY.
TIFFENEAU.
HARVIER.
TANON.
BALTHAZARD.
LAIGNEL.
LAVASTINE.
FIESSINGER.
CHIRAY.
LOEPER.
CARNOT.
Marcel LABBE.
CLERC.
LEREBOULLET.
NOBECOURT.
H. CLAUDE.
GOUGEROT.
GUILLAIN.
LEMIERRE.
CUNEO.
GOSSET.
GREGOIRE.
LENORMANT.
TERRIEN.
MARION.
LEVY-SOLAL.
COUVELLAIRE.
JEANNIN.
MOCQUOT.
OMBREDANNE.
RATHERY.
LEMAITRE.
Pierre DUVAL.
VILLARET.
BEZANÇON.
MATHIEU.
LAUBRY.
CROUZON.
HOVELACQUE.
MULON.
OLIVIER.
VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD Henri.	Pathologie médicale.
BERNARD Et.	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.).	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
FEY	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FUNCK-	Urologie.
BRENTANO	
GASTINEL	Pathologie chirurgicale.
GAILLARD	Parasitologie.
CHEVALLIER .	Bactériologie.

MM.	
DE GAUDART	
D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DE GENNES ...	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.
LELCNG	Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT- DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.

MM.

LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
LEROUX	Anatomie pathologique.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE..	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULE	
CPABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR	
VALLERY- RADOT	
SEZARY	

MM.

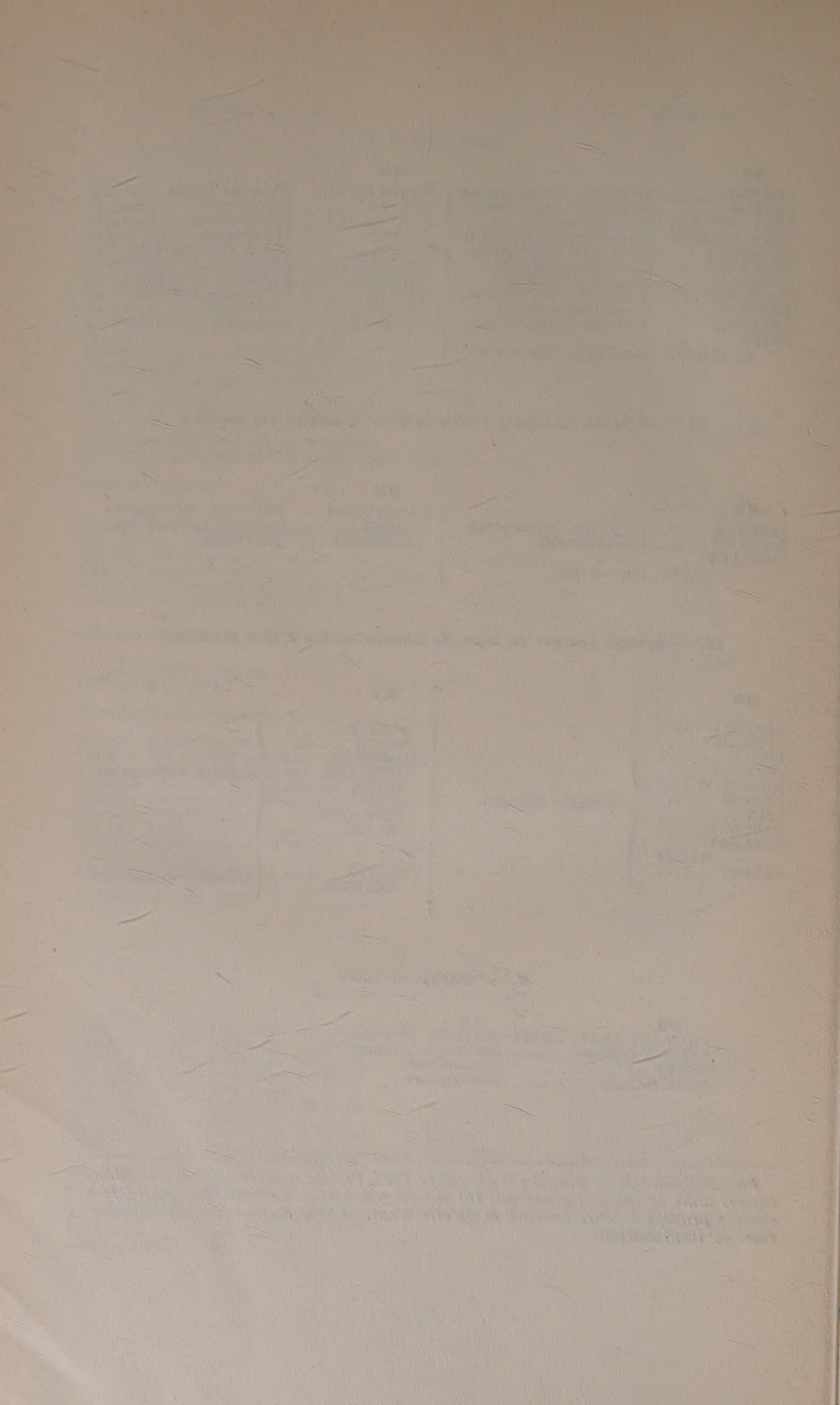
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCO	
CADENAT	
GATELLIER ...	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ ...	
VELTER	} Clinique obstétricale
ECALLE	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLET-BERT, agrégé	Education phys:que.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

En témoignage d'affection et de reconnaissance.

A MON FRERE

A MON PRESIDENT DE THESE
Monsieur le Professeur MARION

Professeur de Clinique urologique
Chirurgien de l'Hôpital Necker
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu me faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A Monsieur le Professeur AUVIGNE

Directeur de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Nantes
Professeur de Clinique Urologique

*Qui m'a communiqué ses observations
personnelles et m'a guidé de ses pré-
cieux conseils dans ce travail.*

A MON AMI
Le Docteur Pierre RIOU

Médecin Assistant de garde à l'Hôtel-Dieu de Nantes

*Dont les conseils me furent très utiles
dans la conduite de ce travail.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE NANTES

INTRODUCTION

Le rein se trouve placé dans une capsule fibreuse « qui l'emballé comme un objet dans une caisse » (Grégoire). Entre cette capsule fibreuse et le rein, l'espace libre est comblé par une couche cellulo-adipeuse très fluide : l'atmosphère graisseuse, épaisse surtout en arrière, au niveau des pôles et sur les bords externe et interne du rein, peu abondante en avant. L'inflammation de cette atmosphère graisseuse porte le nom de Périnéphrite. Quand cette inflammation évolue vers la suppuration ; c'est la périnéphrite suppurée, l'abcès ou le phlegmon périnéphrétique.

Le phlegmon périnéphrétique est donc en pratique la suppuration de l'atmosphère graisseuse du rein.

C'est une affection fréquente. Notre maître le docteur Auvigne, en nous proposant ce travail qu'il a guidé de ses précieux conseils, nous a communiqué onze observations personnelles. Nous n'avons pas l'ambition de dire des choses nouvelles au point de vue étiologie, pathogénie, anatomie pathologique et traitement.

Le but de ce travail est d'attirer l'attention sur les signes cliniques auxquels on doit savoir reconnaître

un phlegmon périnéphrétique. En effet, sur nos onze observations personnelles : 2 fois seulement, le diagnostic avait été fait par les médecins traitants. Dans un article du *Journal d'Urologie*, intitulé « On connaît mal le phlegmon périnéphrétique », auquel nous avons fait de fréquents emprunts, le Pr Marion écrivait en 1926 : « Si le diagnostic est si rarement fait, c'est parce que beaucoup de médecins et même beaucoup de maîtres éminents se figurent que le phlegmon périnéphrétique a une autre allure que celle qu'il a en réalité. »

Nous nous sommes proposés de montrer que l'on pense généralement trop à la description classique de Dieulafoy, qui donne comme éléments essentiels de diagnostic : l'empâtement, la tuméfaction, l'œdème, la rougeur de la région lombaire. Un seul de nos onze phlegmons périnéphrétiques a donné lieu à ces symptômes très révélateurs. En consultant les thèses et les articles parus sur le phlegmon périnéphrétique, depuis 1918, nous n'avons pas trouvé plus de dix observations, répondant bien à cette description.

En réalité, cette description classique est celle non pas d'une périnéphrite suppurée ordinaire, localisée à la couche cellulo-adipeuse du rein, mais celle d'un phlegmon par diffusion, d'un abcès en bouton de chemise où la suppuration périrénale a franchi la capsule fibreuse, l'aponévrose du transverse et du petit oblique les triangles de Grynfeldt et de J.-L. Petit, et s'est faite jour à l'extérieur. De même, il faut sa-

voir reconnaître l'abcès périnéphrétique sus-rénal avant son stade de diffusion dans les plèvres ou les bronches ; l'abcès sous-rénal avant sa diffusion sous forme d'un abcès de la fosse iliaque etc... Attendre l'extériorisation d'un phlegmon périnéphrétique avant d'affirmer le diagnostic, c'est risquer de ne jamais reconnaître un phlegmon périnéphrétique. En effet, cette extériorisation est le plus souvent très lente à se produire ; demande des mois ; et le malade peut mourir de cachexie ou d'infection avant son apparition. Secondo : même en cas de malades résistants, l'extériorisation peut ne jamais se faire ; le P. P. évoluant volontiers des mois et des mois, si ce n'est des années, en produisant autour de lui une réaction fibreuse qui l'enferme, l'isole dans une coque épaisse de plusieurs centimètres.

Il faut donc savoir reconnaître la périnéphrite suppurée aux antécédents d'infection staphylococcique, la fièvre, la douleur et la contracture lombaire, l'absence de signes urinaires, la polynucléose sanguine, seuls signes existant pendant des semaines et des mois.

Ce sont là des signes qui ont permis le diagnostic dans 10 de nos observations, dans vingt quatre observations que nous avons empruntées à diverses thèses, et aux journaux d'Urologie depuis 1918.



HISTORIQUE

C'est RAYER qui, le premier, en 1841, donna une bonne description d'ensemble des suppurations périrénales.

TROUSSEAU et DIEULAFOY apportèrent des précisions importantes à la description de ROYER. Comme cet auteur, ils distinguèrent les abcès périnéphrétiques primitifs et les abcès périnéphrétiques secondaires. La symptomatologie de l'abcès restait obscure avec la douleur lombaire, la fièvre élevée oscillante, l'absence de signes urinaires, jusqu'à l'apparition de signes visibles : tuméfaction, saillie, œdème, rougeur lombaire qui, seuls précisaient le diagnostic.

C'est ALBARRAN qui traça du phlegmon périnéphrétique un tableau clinique auquel il n'a rien été ajouté d'essentiel depuis. Il insista sur l'insidiosité du début, la prépondérance des signes généraux, le peu d'évidence des signes locaux. Pour ALBARRAN, les signes visibles : tuméfaction, œdème, rougeur sont tardifs, se produisent seulement quand l'abcès tend à diffuser en arrière vers la peau de la région lombaire. ALBARRAN préconise l'intervention dès la constatation de la douleur lombaire et de l'empâtement lombaire à la palpation bimanuelle.

MARION eut le mérite, dans ses livres et dans ses nombreux articles, de faire admettre comme la forme ordinaire du phlegmon périnéphrétique celle que nous voulons décrire dans ce travail et dont les signes caractéristiques sont : les antécédents de furonculose, l'atteinte de l'état général, une douleur lombaire, une contracture lombaire, l'évolution subaiguë et traînante durant des semaines et des mois.

Avec MARION, LECÈNE en France, HAMILTON-PEACOCK aux Etats-Unis, BONHEIM en Allemagne, insistèrent sur cette symptomatologie très particulière du phlegmon périnéphrétique dans sa forme commune subaiguë.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Comme tout phlegmon, la périnéphrite suppurée passe par 3 stades :

Infiltration, suppuration, diffusion.

A la phase d'infiltration, la résolution est possible sous l'action de la vaccinothérapie. En pratique, les phlegmons périnéphrétiques qu'on observe en clinique sont toujours des P. P. suppurés.

C'est à ce stade qu'il faut faire le diagnostic et opérer d'urgence. Il ne faut pas attendre le stade de diffusion, celui où le phlegmon s'est ouvert un chemin dans les parois de la capsule fibreuse, pour gagner : en arrière les plans musculaires lombaires ; en haut, le thorax ; en bas, la F. I. etc...

La suppuration peut être totale, s'étendant à toute l'atmosphère graisseuse du rein. Plus souvent, elle est localisée à une partie de la masse cellulo-adipeuse du rein. Avec Maas, on peut distinguer 4 variétés d'abcès suivant leur siège.

1° *L'abcès sus-rénal ou sous-phrénique*, qui entre en rapports directs : avec la portion lombaire du diaphragme et la plèvre par l'hiatus costolombaire de Tuffier-Lejars, avec le foie à droite, la rate à gauche. Aussi, ce phlegmon se signalera volontiers par des

signes thoraciques, et si on n'intervient pas à temps, pourra diffuser dans la plèvre ou les bronches.

2° *L'abcès infra-rénal* : puissamment contenu en arrière par la masse sacro-lombaire, en avant limité par le feuillet pré-rénal, le péritoine le côlon, donne volontiers des signes de psôitis, de douleurs dans le bassin et la cuisse ; et s'il n'est pas reconnu et opéré à temps, diffuse vers le bas : la fosse iliaque droite, la partie antérieure de la cuisse au tri, de Scarpe ; à la grande échancrure sciatique, la fosse ischio-rectale.

3° *L'abcès pré-rénal* : assez rare, limité en avant par le péritoine pré-rénal ; en arrière par le rein, peut s'ouvrir dans la cavité péritonéale et dans l'intestin.

4° *L'abcès rétro-rénal*, est de beaucoup le plus fréquent.

Le rein le limite en avant. En arrière, de nombreux barrages s'opposent à sa diffusion : 1° fascia de Zuckerklan ; 2° aponévrose du transverse et du petit oblique ; 3° plans des muscles : petit dentelé postérieur et inférieur, petit oblique masse sacro-lombaire limitant avec la 12^e côte le quadrilatère de Grynfelt. 4° Plans des muscles, grand dorsal et grand oblique limitant avec la crête iliaque le triangle de J.-L. Petit.

Malgré des points faibles du quadrilatère de Grynfelt et du triangle de J.-L. Petit, cette paroi postérieure de la fosse lombaire est très solide, offre à la diffusion du phlegmon vers l'extérieur une barrière douloureuse et contracturée longtemps infranchissable.

Ce ne sera qu'après une longue évolution que l'abcès périnéphrétique passant par les zones faibles, viendra pointer à la partie inférieure de l'échancrure costo-iliaque, et y former une tuméfaction visible fluctuante, recouverte d'une peau rouge, œdématisée, c'est un stade où la guérison du malade est grevée d'aléas nombreux.

Les parois de l'abcès sont constituées, soit par du tissu cellulo-graisseux sclérosé et enflammé, soit par tous les organes voisins : rein, péritoine, côlon, duodénum, foie, muscles lombaires, diaphragme recouvert d'une membrane pyogénique plus ou moins épaisse.

Assez souvent, la paroi de l'abcès est constituée par du tissu scléreux extrêmement dense.

La cavité de l'abcès est parfois multiloculaire, subdivisée par des brides et des cloisons. Plus souvent, elle est uniloculaire.

Tantôt, cette cavité est considérable, allant du diaphragme à la fosse iliaque. Tantôt, elle est toute petite, comme une noisette, perdue dans une volumineuse masse de tissu fibreux, qui lui forme une véritable gangue.

Le contenu de la poche, est soit du pus franc bien lié ; soit un liquide grisâtre avec des débris sphacelés et d'odeur plus ou moins infecte, comme l'est le pus des abcès d'origine intestinale ; soit du pus mélangé à de l'urine.



ETIOLOGIE

LE SEXE. — L'homme est beaucoup plus fréquemment atteint que la femme (9 fois sur 11 dans nos observations inédites ; 26 fois sur 35 dans toutes nos observations).

L'ÂGE. — C'est une affection de l'âge moyen de la vie surtout entre 25 et 40 ans. Mais on peut la voir à tout âge, chez le vieillard et l'enfant. Halle l'avait niée chez les enfants en raison du peu d'abondance de la graisse péri-rénale dans le jeune âge. En réalité, la périnéphrite suppurée est assez fréquente chez l'enfant. Nègre attira l'attention sur cette fréquence relative. (Obs. V enfant de 4 ans. 6 mois.)

LE CÔTÉ. — Le phlegmon périnéphrétique siège plus souvent du côté droit que du côté gauche. Il est ordinairement unilatéral. Cependant les phlegmons périnéphrétiques bilatéraux ne sont pas rares : (thèse de Champagne, Paris, 1927 et thèse de Szégal, Paris 1931, observations XXXI à XXXV.)

LES GERMES. — L'infection de la couche cellulo-graisseuse périrénale peut être provoquée par des microbes variés ; mais le microbe de beaucoup le plus

fréquent est le *staphylocoque* (8 fois sur 11 dans nos observations personnelles, 23 fois sur 35 dans les observations de cette thèse). On peut trouver des phlegmons périnéphrétiques à colibacille, à streptocoque (obs. IV), à gonocoque (obs. XXIV) à pneumocoque, à bacille d'Eberth, à bacille de Gartner (obs. XXIX).

LES CAUSES. — Les phlegmons périnéphrétiques peuvent être causés par un traumatisme, par la propagation d'une lésion de voisinage, par une maladie rénale et par une localisation métastasique d'une septicémie.

1° *Les traumatismes :*

a) *Les traumatismes accidentels :* contusions ou plaies de la région lombaire peuvent causer le phlegmon périnéphrétique. A la suite d'une contusion du flanc : il se produit un hématome périrénal qui, ultérieurement (15 jours dans notre observation V. 1 an après dans l'observation XXVI), s'infecte et suppure. A la suite d'une plaie de la région lombaire, avec ou sans persistance de corps étrangers dans les tissus, la graisse périrénale est infectée par les germes venus du dehors.

b) *Les traumatismes opératoires :* peuvent également déterminer la suppuration périrénale: pyélotomie, néphrotomie, néphrectomie, etc...

Legueu qui a fait la première étude complète (*Revue de chirurgie*, 1909) distingue 3 variétés principales :

1° Périnéphrites par corps étranger (5 ans après

néphrectomie, phlegmon périnéphrétique autour d'un fil de soie).

2° Périnéphrites par néphrectomie incomplète (débris de rein ou de bassinets laissés après l'opération).

3° Périnéphrites par tuberculose envahissant la plaie opératoire (infection de la loge par un fragment de bassinets l'extrémité supérieure de l'uretère laissé en place.)

2° *La propagation d'une lésion de voisinage :*

L'infection des organes abdominaux ou thoraciques voisins peut gagner l'atmosphère graisseuse du rein.

Du côté abdominal : ce sont les lésions appendiculaires, vésiculaires, hépatiques, pancréatiques, spléniques.

L'appendicite, surtout l'appendicite rétro-cæcale, est une cause assez fréquente pour que beaucoup de chirurgiens en aient observé des exemples. Ainsi Broca a observé une jeune femme atteinte d'appendicite aiguë et traitée médicalement. Peu à peu : douleur lombaire et empatement... L'abcès fut incisé simplement au bout de plusieurs semaines. L'origine appendiculaire fut révélée par la présence d'un calcul stercoral.

Une perforation intestinale par corps étranger, comme dans le cas de Hevin où il s'agissait d'un petit canif, peut très exceptionnellement entraîner un abcès périnéphrétique.

Les cholécystites suppurées, les pancréatites suppurées et, dans les cas beaucoup plus rares, les abcès du foie et de la rate, les kystes hydatiques suppurés,

sont signalés à l'origine de la périnéprhétite suppurée.

D'autre part, des lésions thoraciques : pleurésies purulentes, abcès du poumon, médiastinites suppurées se propagent assez volontiers vers la graisse péri-rénale par le point faible diaphragmatique si bien décrit par Tuffier et Lejars : l'hiatus costo-lombaire, au niveau duquel graisse péri-rénale et graisse sous-pleurale sont en contact direct. Les pleurésies purulentes peuvent d'ailleurs ne pas emprunter cette voie et perforer simplement le diaphragme en un point quelconque.

3° *Maladies Rénales* :

Toutes les infections rénales sont susceptibles de se compliquer de périnéphrite suppurée : pyélonéphrites, pyonéphroses, lithiasé rénale infectée, tuberculose rénale, néoplasme du rein, actinomycose rénale.

4° Le *phlegmon périnéphrétique métastatique*: l'*abcès cortical* :

Mais, de toutes les affections rénales, c'est la néphrite suppurée, ou abcès du rein, ou pyonéphrite (pour employer un nom récemment créé par Motz, (thèse Paris, 1932), qui est la cause de beaucoup la plus fréquente des phlegmons périnéphrétiques.

L'abcès du rein survient au cours d'une septicémie ou d'une septico-pyohémie quelconque à staphylocoques, à colibacilles, etc...

Le plus souvent, il s'agit d'une septicémie à staphylocoques. Cette septicémie, causée par un furoncle, un anthrax, un panaris, un orgelet, une ostéomyélite est très discrète et évolue d'une façon atténuée et pro-

longée, elle passe inaperçue. Cette période de septicémie est une période de latence, variant de quelques jours à quelques mois, jusqu'à un an.

L'infection sanguine staphylococcique finit par se localiser sur le rein, organe pour lequel le staphylocoque semble avoir une affinité toute spéciale. Les staphylocoques charriés par le sang s'accumulent surtout dans la zone corticale du rein dont les artères sont terminales. Ils y déterminent une néphrite suppurée.

Anatomiquement, on peut distinguer : les abcès miliaires du rein, les grands abcès, uniques ou peu nombreux.

Le rein atteint d'*abcès miliaires* est augmenté d'un tiers ou de moitié de son volume normal. Sous la capsule on distingue les abcès superficiels : petites élevures violacées avec un sommet central jaunâtre ; à la loupe, on voit que les abcès toujours nombreux, sont ou uniquement corticaux ou disséminés dans la corticale et la médullaire mais, même alors, prédominant nettement dans la corticale. Ces abcès miliaires s'accompagnent d'une infiltration séreuse de l'atmosphère graisseuse du rein. Mais ils ne sont que très rarement suivis d'une périnéphrite suppurée.

Celle-ci est le fait des *grands abcès corticaux*. Ces abcès sont souvent uniques. S'ils sont multiples, il faut en tout cas noter leur petit nombre (2 à 5 environ). Ils sont corticaux tout à fait superficiels, sous-capsulaires. Le rein, par ailleurs d'aspect normal, présente à leur niveau une bosselure jaunâtre saillante,

grosse comme un pois, une noisette, un œuf. L'évolution naturelle de ces gros abcès superficiels se fait vers la rupture à travers la capsule propre du rein dans l'atmosphère cellulo-graisseuse du rein, d'où le phlegmon périnéphrétique. Cette évolution des abcès corticaux vers la graisse péri-rénale est extrêmement fréquente : 25 % des cas d'après les statistiques de Braash et Richardson; 31 % dans l'ensemble des périnéphrites d'après les statistiques de la thèse Motz.

Inversement, on a conclu que si un phlegmon périnéphrétique n'est pas dû à un traumatisme lombaire, à la propagation nette d'une lésion de voisinage ou d'une affection rénale telle qu'une lithiase, un cancer, une bacillose, ce phlegmon périnéphrétique est toujours causé par un abcès cortical ouvert dans l'atmosphère graisseuse. Israël (1891), Jordan (1905), Schnitzler (1913), en Allemagne, Brewer en Amérique (1910), Bergeret en France (1919), et depuis Fey (1929), Levaxelaire (1930), Motz (1932), sont arrivés à cette conclusion capitale : *Il n'y a pas de phlegmon périnéphrétique sans abcès cortical rénal initial. Même si le phlegmon se présente cliniquement comme primitif il est toujours secondaire à l'abcès cortical.*

Certes, il est vrai que le phlegmon périnéphrétique même en apparence primitif est le plus souvent secondaire à un abcès cortical. Mais de là à admettre qu'il faut toujours à l'origine du phlegmon un abcès cortical, c'est une conclusion qu'on n'est pas obligé d'adopter.

L'infection de l'atmosphère graisseuse du rein au

cours d'une septicémie peut se faire sans l'intermédiaire d'un abcès cortical (Marion, Friedheim...) Si au cours de l'intervention pour phlegmon on se contente le plus souvent d'inciser sans aller explorer le rein systématiquement comme le conseille Fey (Société d'Urologie, 1929) pour rechercher un abcès cortical, cependant Friedheim a pu autopsier trois cas de phlegmon périnéphrétique métastatique sans avoir pu trouver la moindre lésion rénale. La plupart des phlegmons périnéphrétiques guérissent par la simple incision lombaire et le drainage, (il en est ainsi dans nos 11 observations inédites).

En serait-il ainsi s'il y avait toujours abcès cortical ? Ne serait-on pas plus souvent contraint à des réinterventions et à des néphrectomies ?

Anatomiquement, l'infection directe de la capsule graisseuse au cours d'une septicémie s'explique d'ailleurs. En effet, il existe des anastomoses entre les artères, les veines, les lymphatiques du rein d'une part, les artères, les veines et les lymphatiques de l'atmosphère graisseuse de l'autre. Les germes charriés par les artères rénales peuvent donc se rendre directement à l'atmosphère péri-rénale et y déterminer une périnéphrite suppurée.

Pour conclure : Les phlegmons périnéphrétiques sont presque toujours d'origine métastatique. C'est la localisation dans l'atmosphère graisseuse d'un germe charrié dans le sang au cours d'une septicémie à staphylocoques ordinairement, à streptocoques, à gono-

coques, pneumocoques, bacilles d'Eberth, bacilles de Gartner parfois.

Cette localisation métastasique, dans la règle se fait par l'intermédiaire d'un abcès cortical du rein, mais parfois directement par les anastomoses vasculaires, capsulaires et rénales.

TABLEAU CLINIQUE

Le phlegmon périnéphrétique, dans sa forme ordinaire, a un début insidieux, une évolution durant des semaines et des mois, donnant lieu à des troubles de l'état général souvent intenses, mais ne se révélant que par des signes locaux peu accusés : douleur, contracture qu'il faut bien connaître pour affirmer son diagnostic.

Aussi, pour mettre bien en évidence cette forme, qui est la forme commune du P. P. nous allons l'opposer au tableau classique de l'abcès périnéphrétique, décrit par Dieulafoy. Pour cela, nous nous baserons sur dix observations inédites, et 24 observations prises dans la littérature médicale depuis 1918.

Forme classique exceptionnelle du phlegmon périnéphrétique décrite par Trousseau et Dieulafoy

« Que le phlegmon périnéphrétique soit primitif ou
« secondaire, c'est tout à coup que le malade accuse
« une douleur profonde, vive, dans la région lom-
« baire, simulant un lumbago. Cette douleur, spon-
« tanée à irradiations diverses, est toujours augmen-

« tée par la pression, surtout lorsqu'on cherche à
« comprendre la région lombaire entre les deux
« mains. Quelques jours après, la fièvre fait son appa-
« rition. C'est une fièvre continue à 38°5, 39°, 40°
« avec dans la soirée un paroxysme accompagné de
« frissons, chaleur, sueurs. En même temps, les ma-
« lades perdent l'appétit, vomissent, maigrissent. L'é-
« tat général est rapidement touché.

« Pendant un temps variable de 8 à 15 jours, les ma-
« lades n'offrent donc comme symptômes que la dou-
« leur locale, la faiblesse générale et la fièvre avec
« paroxysme quotidien. Puis se manifestent d'autres
« signes locaux : *la région lombaire devient le siège*
« *d'un empâtement plus ou moins étendu. L'échan-*
« *crure costo-iliaque s'efface et est remplacée par une*
« *tuméfaction plus ou moins saillante appréciable*
« *d'abord au toucher, puis à la vue.* Une main sous
« la région lombaire, l'autre sur la région antérieure
« correspondante, le médecin constate entre ses deux
« mains une tumeur immobile dans les mouvements
« respiratoires.

« *Cette tuméfaction est accompagnée souvent d'œ-*
« *dème, et cet œdème peut s'étendre à la région dor-*
« *sale et à la région fessière.* En même temps, il peut
« y avoir quelquefois un peu de *rougeur de la peau.*
« A partir du moment où les signes locaux de l'in-
« flammation existent, on peut constater une *fluc-*
« *tuation* assez nette.

« Le diagnostic est difficile : la fièvre, la polynu-
« cléose sanguine sont des indices de suppuration. La

« région lombaire est douloureuse. Surveiller attentivement cette région douloureuse : un jour ou l'autre elle va s'empâter, s'œdématiser, se déformer, et le diagnostic de phlegmon péri-rénal sera fait ; il faudra intervenir. »

Telle est la description de la périnéphrite suppurée faite par Dieulafoy dans ses cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu et dans son traité de pathologie interne.

Une de nos onze observations correspond bien à cette description :

OBS. I. — (Dr. AUVIGNE) (*inédite*).

M. M..., 65 ans, cultivateur à Vigneux.

Porte d'entrée : une poussée de furonculose.

Début : six mois après

Evolution pendant trois semaines avec fièvre et douleur lombaire.

Le malade est alors envoyé à la clinique. Il présente une voussure lombaire gauche très visible, avec un certain degré de rougeur de la peau. Au palper, on sent très nettement une collection renitente.

Incision : issue d'un litre de pus. Guérison.

Cette forme classique de la périnéphrite suppurée avec tous les signes de l'inflammation : douleur, tumeur, chaleur, rougeur, est tout à fait exceptionnelle. Nous l'avons rencontrée une seule fois sur nos onze observations inédites, et même en réalité ce n'est que 2 ou 3 fois sur 100 qu'on l'observa, au dire de Marion : « Je ne sais si je vois une de ces formes en 3 ou 4 ans, tandis que chaque année, tant à l'hôpital qu'en ville, j'observe une douzaine de phlegmons périnéphrétiques. On peut dire que si l'on attend pour diagnostiquer une périnéphrite suppurée de voir évoluer les signes physiques de la suppu-

ration, on ne reconnaîtra jamais un phlegmon périnéphrétique » (Marion).

Forme commune du phlegmon périnéphrétique Exposé des observations

OBS. II. — (Dr. AUVIGNE) (*inédite*).

Mme B..., 48 ans, Nantes.

Pas de furoncle, pas de suppuration dans les antécédents, aucune porte d'entrée décelable.

Evolution pendant deux mois d'une fièvre continue entre 39 et 40° avec rémissions matinales. Le médecin traitant pense à une typhoïde; mais de multiples sérodiagnostics sont négatifs.

L'examen pratiqué au bout de ces 2 mois d'évolution découvre des signes locaux postérieurs : douleur spontanée et provoquée dans l'angle costo-lombaire droit ; contracture lombaire; des signes locaux antérieurs : douleur au point para-ombilical; psoïtis intense, la cuisse est fléchie et son extension très douloureuse; un signe urinaire : albuminurie 50 cg. Hyperleucocytose : 18.000.

Incision : issue de trois quarts de litre de pus à staphylocoques. Guérison rapide.

OBS. III. — (Dr. AUVIGNE) (*inédite*).

Mme B..., 47 ans, cultivatrice à Chéméré. Pas d'accident infectieux antérieur, furoncles, plaie suppurée, décelables.

Evolution pendant deux mois avec fièvre oscillante entre 38 et 40° et grosse atteinte de l'état général.

La malade est alors vue. Elle est cachectique. Sa température est à 40° Elle présente des signes locaux, discrets en arrière : légère douleur provoquée au point costo-lombaire, légère défense de la paroi lombaire, mais

très accusés en avant : douleur très vive, spontanée et provoquée dans l'hypocondre gauche, psoïtis intense. Pas de signe urinaire. Leucocytose : 18.000. Incision : grosse collection purulente sur la face antérieure du rein. Guérison.

OBS. IV. — (Dr. AUVIGNE) (*inédite*).

M. Re..., 47 ans, cafetier

Aucune porte d'entrée décelable. Est atteint pendant trois semaines d'une affection d'allure typhique avec température en plateau entre 39 et 40°, grosse atteinte de l'état général. Le séro-diagnostic au bacille d'Eberth étant positif on porte le diagnostic de fièvre typhoïde.

Au troisième septenaire : apparition de signes locaux antérieurs : empatement de la fosse iliaque gauche et psoïtis intense.

Quelques jours après, apparition de signes locaux postérieurs : douleur dans l'angle costo-lombaire et défense pariétale lombaire gauches. Pas de signes urinaires. Leucocytose : 15.000 dont 88 % de polynucléaires. Incision : évacuation d'une énorme collection (plus d'un litre de pus) très liquide, inodore à streptocoques. Guérison.

OBS. V. — (Dr. AUVIGNE) (*inédite*).

Enfant E..., 4 ans 6 mois, Nantes. Aucune porte d'entrée décelable. Présentait depuis une quinzaine de jours une température oscillant autour de 38°, quand on constate des signes locaux postérieurs : douleur provoquée dans l'angle costo-lombaire et contracture lombaire droits ; des signes locaux antérieurs : douleur para-ombilicale et psoïtis intense. Hyperleucocytose : 17.000.

Pas de signes urinaires. Incision : évacuation d'une grosse collection purulente à staphylocoques. Guérison.

En somme, dans ces observations II, III, IV, et V, le

phlegmon périnéphrétique s'est caractérisé par les signes généraux : fièvre, atteinte de l'état général ; les signes locaux postérieurs : douleur et contracture lombaire ; les signes locaux antérieurs : douleur para-ombilicale, psoïtis ; l'hyperleucocytose portant sur les polynucléaires.

OBS. VI. — (Dr. AUVIGNE) (*inédite*).

M. G..., 25 ans, cultivateur à Challans, est un homme robuste, sans passé pathologique. Porte d'entrée : un anthrax du cou.

Début : 3 semaines après.

Evolution pendant deux mois oscillant entre 38°5 et 40°. Atteinte de l'état général très marquée, amaigrissement de 31 kilogs sans aucun signe urinaire, sans signe local précis.

Le médecin traitant pense à une affection pleurale, en raison d'un point de côté à la base de l'hémithorax gauche.

Le malade est vu au bout de ces deux mois. Il se trouve dans un état cachectique, présente l'aspect d'un tuberculeux avancé. L'examen découvre des signes locaux postérieurs très nets : une douleur très vive au point costolombaire gauche, une contracture des muscles de la paroi lombaire, intense au point de donner à la palpation la sensation d'une plaque de blindage et de déterminer une scoliose à forte concavité gauche ; mais ni voussure, ni empatement, ni œdème, ni rougeur.

L'examen ne découvre aucun signe local antérieur ; pas de douleur au point para-ombilical et pas de psoïtis. Aucun signe urinaire. Pas de pyurie.

Leucocytose : 15.000 à prédominance de polynucléaires.

Intervention : après l'incision des plans musculo- apo-

névrotiques, le bistouri doit traverser une gangue fibreuse dure, épaisse de plusieurs centimètres, pour arriver finalement sur un petit abcès localisé à la face postérieure du rein contenant au plus un verre à liqueur de pus à staphylocoques.

Guérison extrêmement rapide : en 2 mois, la malade reprend 48 kilogs.

OBS. VII. — (Dr. AUVIGNE) (*inédite*).

M..., 55 ans, cultivateur à Vieilleville.

Pas de porte d'entrée décelable. A été atteint, il y a 5 mois, d'une petite hématurie totale et d'une violente douleur lombaire gauche. Le médecin traitant crut à une colique néphrétique.

Après ce début dramatique, les urines restèrent troubles. L'examen bactériologique y révéla la présence abondante de colibacilles.

Puis, pendant un mois, le malade fut pris d'une fièvre continue aux alentours de 38° avec grosse atteinte de l'état général. Le médecin traitant porta le diagnostic de pyélonéphrite.

Le malade est vu alors. Il présente fièvre à 38°, amaigrissement énorme; des signes locaux postérieurs : douleur spontanée dans la région lombaire gauche, douleur provoquée très vive au point costo-lombaire, blindage de la paroi lombaire; hyperleucocytose à prédominance de polynucléaires. Pas de signe antérieur. Pas de signe urinaire. Incision : évacuation d'un abcès postérieur. Guérison.

OBS. VIII. — (Dr. AUVIGNE) (*inédite*).

C..., 16 ans, Nantes. Porte d'entrée : un orgelet.

Début : 8 jours après.

Evolution pendant une semaine d'une affection fébrile que le médecin traitant reconnaît être un phleg-

mon périnéphrétique gauche à l'apparition d'une douleur lombaire très vive et d'une contracture lombaire gauches très nettes. Pas de signe local antérieur. Aucun signe urinaire. Leucocytose : 8.000. Incision : abcès de la face postérieure contenant 250 cc. de pus.

OBS. IX. — (Dr. AUVIGNE) (*inédite*).

M. A..., ajusteur, Nantes.

Au cours d'un exercice de gymnastique, fait une chute sur une barre-fixe, le flanc droit portant sur la barre. Il éprouve une douleur vive dans le flanc, doit s'aliter deux jours et une ecchymose apparaît sur le flanc droit.

Début : 15 jours après la chute.

Evolution pendant trois semaines avec fièvre, amaigrissement rapide, douleur à la base de l'hémithorax droit.

Un professeur de l'Ecole de Médecine est consulté, pense à un accident pleural, pratique un examen radioscopique. Cet examen est négatif.

Cinq jours avant l'entrée à la clinique apparaissent des signes locaux postérieurs : douleur dans l'angle costolombaire droit, contracture de la paroi lombaire, déterminant une scoliose à concavité droite. Pas de signe antérieur. Pas de signe urinaire. Hyperleucocytose : 15.000. Incision : évacuation de 250 cc. de pus, donnant l'impression d'un hématome suppuré. Guérison.

En somme, dans ces observations VI, VII, VIII et IX, le phlegmon périnéphrétique a présenté comme symptômes :

Fièvre, atteinte de l'état général.

Douleur et contracture lombaire.

Hyperleucocytose avec polynucléose.

OBS. X. — (Dr. AUVIGNE) (*inédite*).

M. Ri..., 27 ans, Donges.

Porte d'entrée ; un durillon forcé, un furoncle de la face dorsale d'un doigt.

Début : 15 jours après.

Evolution pendant six semaines d'une affection donnant lieu à une fièvre continue entre 38°5 et 39°5 et à une grosse atteinte de l'état général. La première semaine, l'on pense à une fièvre typhoïde. Au cours de la deuxième semaine : les urines deviennent troubles, et le malade présente une petite hématurie. L'on pense à une pyélonéphrite à colibacilles. A la sixième semaine, apparition de quelques signes locaux très discrets en arrière : douleur spontanée et provoquée dans l'angle costo-lombaire gauche sans aucune contracture ou défense ; plus discrets encore en avant : un peu de sensibilité au point pyélique sans psôitis. Hyperleucocytose : 18,000 à prédominance de polynucléaires. Incision : abcès siégeant au pôle supérieur du rein, contenant 250 cc. de pus à staphylocoques. Guérison.

OBS. XI. — (Dr. AUVIGNE) (*inédite*).

M. V..., 59 ans, cultivateur à Joué-sur-Erdre.

Porte d'entrée : furoncle de l'avant-bras droit.

Début : 15 jours après. Evolution pendant un mois d'une affection donnant lieu à de la fièvre continue entre 38°5 et 39°5 et à une atteinte très marquée de l'état général.

Apparition tardive d'un seul signe local postérieur : douleur spontanée et provoquée dans l'angle costo-lombaire droit. Pas de contracture. Aucun signe antérieur. Aucun signe urinaire. Leucocytose : 16,000. Incision : trois quarts de litre de pus à staphylocoques. Guérison.

En somme, ces deux phlegmons périnéphrétiques (obs. X et XI) ont été reconnus :

Aux antécédents de furoncle.

Aux signes généraux : fièvre, atteinte de l'état général.

A un seul signe local : la douleur au point costolombaire.

A l'hyperleucocytose.

En lisant les thèses et les journaux d'urologie parus depuis 1918 ; nous avons trouvé de nombreuses observations de phlegmon périnéphrétique où n'existaient ni tuméfaction, ni fluctuation, ni saillie, ni rougeur, ni œdème. Nous en avons résumé 24, dont les cinq dernières concernent des phlegmons bilatéraux.

OBS. XII. — (MARION, *Journal d'Urologie* 1925).

M. L..., Passy.

Porte d'entrée : une poussée de furonculose il y a trois mois.

Evolution pendant un mois et demi d'un état caractérisé par une douleur vive dans le flanc droit, une fièvre oscillante entre 38°5 et 39°5, de l'abumène dans les urines. Ce malade est vu par son médecin et deux professeurs à la faculté de médecine. De nombreux examens sont pratiqués : hémoculture, séro-diagnostic... De nombreux diagnostics sont évoqués : fièvre typhoïde, pleurésie diaphragmatique, pyélonéphrite, etc..

Le malade est vu par le professeur Marion le 26 décembre 1922, puis de nouveau le 28 décembre. Devant les antécédents de furonculose, l'atteinte générale, la fièvre élevée, la douleur du flanc droit, et la constatation d'une tension profonde de la région lombaire, Marion fait le diagnostic de périnéphrite suppurée, malgré l'absence de saillie et de rougeur; intervention le 3 janvier 1923 ; abcès sus-rénal. Guérison.

OBS. XIII. — (MARION, *Journal d'Urologie*, 1925).

Paul O..., 26 ans.

Porte d'entrée : furonculose de la nuque au début de mars.

Début : le 1^{er} avril. Céphalées, troubles digestifs, température oscillante (38 à 39°), douleur brutale très vive dans l'hypocondre droit. Pas de signes urinaires. Plusieurs médecins, dont un médecin des hôpitaux, voient le malade. On fait même une radiographie. On ne fait pas le diagnostic.

Le 17 avril, le malade est vu par le professeur Marion qui, devant les antécédents de furonculose, l'atteinte générale très grave, la pâleur, traits tirés, sueurs, amaigrissement, prostration, fièvre oscillante entre 38° et 39°; les signes locaux : douleur dans la région lombaire et une contracture de la région sous-costale à la palpation, porte le diagnostic de phlegmon périnéphrétique. Intervention le lendemain : évacuation d'un abcès siégeant à la partie antérieure et supérieure du rein. Guérison.

OBS. XIV. — (MARION, *Journal d'Urologie*, 1925).

En novembre 1914 : fracture ou écrasement d'un corps vertébral à la suite d'une chute de cheval. La marche s'améliore lentement, mais il persiste de la douleur au niveau de la région vertébrale.

Au début de 1918 : douleurs très violentes région lombaire gauche. Rebelles à une cure à Bourbon-l'Archambault, calmées seulement par les hypnotiques.

En septembre 1918 : Inappétence complète, amaigrissement considérable. Téguments terreux. Pas de fièvre. Douleur spontanée dans la région lombaire gauche, réveillée par la toux, mais peu augmentée par la palpation. De nombreux médecins, dont un professeur, consultés, ne font pas de diagnostic. Certains pensent à une tumeur maligne en raison de l'atteinte générale.

Le 10 octobre, le Docteur Marion voit le malade : et découvre à la palpation de la région lombaire un plas-tron d'une dureté considérable. Malgré l'absence de température élevée, l'évolution particulièrement lente (10 mois), l'absence de gonflements et de rougeur, Marion porte le diagnostic de phlegmon périnéphrétique. Opération le 12 octobre ; volumineux abcès de la région périnéphrétique supérieure, enkysté dans une coque d'épaisseur peu commune. Guérison.

OBS. XV. — (MARION, *Journal d'Urologie*, 1925).

J... entre le 12 septembre dans le service Civile pour douleur lombaire gauche et état général grave.

Porte d'entrée : une furonculose généralisée, il y a deux mois.

Début : il y a une quinzaine de jours, lors que la furonculose était à peu près guérie.

A l'entrée dans le service : signes généraux graves : céphalée, vomissements, température 40°. Pouls 110. Signes locaux nets : douleur lombaire gauche, et contraction lombaire. Pas de psoïtis. Ses urines semblent troubles.

Les élèves du service Civile affirment le diagnostic de phlegmon périnéphrétique. Ce diagnostic n'est pas accepté par le chirurgien des hôpitaux, assurant le service, en raison de l'absence de tuméfaction, d'œdème, de rougeur.

Mise en observation du malade : au repos et au propidon. Amélioration nette; la température baisse jusqu'à 37°3 le matin, et 38°2 le soir, la douleur s'atténue sans disparaître.

Le 1^{er} octobre, le malade est vu par le professeur Marion, qui affirme le diagnostic de phlegmon périnéphrétique, mais, en raison de l'amélioration momentanée décide d'attendre, en continuant le traitement médical.

Le 10 octobre : recrudescence de tous les symptômes; la température remonte à 39°, puis 39°5. Devant cette poussée, l'intervention est décidée.

Opération le 14 octobre : masse scléreuse au milieu de laquelle, sous les côtes très haut, on ouvre un abcès contenant un verre à Bordeaux de pus. Amélioration très nette, après cette intervention, mais sans retour complet à la normale.

Huit jours après l'opération, on constate dans le pansement un écoulement très abondant de pus, beaucoup plus abondant qu'il n'avait été jusque là, et le drain qui pénétrait de 10 cm. environ, peut être enfoncé de 28 cm. Il était évident qu'une collection méconnue au moment de l'opération s'était évacuée. A partir de ce moment, la guérison se fit rapide sans incident.

OBS. XVI. — (LECÈNE. *Thèse de Cleisz*).

Homme de 22 ans, entré à l'hôpital de Limoges le 15 mars 1917.

En 1916 : hygroma suppuré, angine.

Le 30 janvier 1917 : Etat général grave : fièvre élevée, vomissements, diarrhée. Diagnostic : embarras gastrique fébrile.

Le 15 mars 1917, après avoir été soigné à Tulle, le malade est envoyé à l'hôpital de Limoges où Lecène constate :

Température : 39°, 39°5. Douleur hypocondre droit à la respiration profonde. Au palper : Fosse iliaque droite très douloureuse, empâtée. Signes urinaires : 0. A la base droite : submatité, frottements. Diagnostic : phlegmon périnéphrétique.

Le 19 mai : incision : pus à staphylocoques. Guérison.

OBS. XVII. — (LECÈNE. *Thèse de Cleisz*).

Homme. Porte d'entrée : furoncle en décembre 1917.

Début 4 janvier 1918 par des signes généraux. Diarrhée, sueurs, fièvre 39°-39°5. Le malade est envoyé à Epernay où, par coexistence d'une grosse rate et d'un foie douloureux, on pose le diagnostic de paludisme, puis d'amibiase; enfin, on pense à une tuberculose pulmonaire. Puis, on revient au diagnostic d'abcès du poumon. Tous les examens de labo. sont négatifs.

Le 4 février, le malade est envoyé dans le service de Lecène, qui constate : Etat général grave : Douleur lombaire droite. A l'examen : A la vue : rien. Au palper : Douleur provoquée sous la douzième côte et le onzième espace, résistance musculaire notable, quelques frottements pleuraux. Diagnostic : Phlegmon périnéphrétique. Opération le jour même. Pus et staphylocoques. Guérison en trois semaines.

OBS. XVIII. — (LECÈNE. *Thèse de Cleisz*).

Homme, 22 ans. Porte d'entrée : panaris pouce droit.

Fin janvier : Température, 38°-40°. Douleur hypochondre droit et fosse iliaque droite. Urines normales.

En février : même état. Diagnostic : coliques appendiculaires, passage service de Lecène. Examen : à la vue : région lombaire droite d'aspect normal. Au palper : douleur très vive entre la douzième côte et la crête iliaque. Contracture muscles abdominaux à la partie supérieure de la fosse iliaque droite. Diagnostic : Phlegmon périnéphrétique.

Le 12 mars : opération : collection au niveau du pôle supérieur du rein, pus à staphylocoques. Guérison.

OBS. XIX. — (LECÈNE. *Thèse de Cleisz*).

Homme, 24 ans. Entrée : 25 juillet 1914, à Laënnec.

Porte d'entrée : 25 juin, panaris médius droit.

A l'examen : Etat général grave, fièvre élevée oscillante, épistaxis. Douleur dans le flanc gauche, le pli in-

guinal et l'abdomen. Inspection : voussure légère. Palpation : douleur provoquée au point costo-lombaire. Contracture lombaire. Diagnostic : phlegmon périnéphrétique.

Le 4 août ; incision : pus à staphylocoques. Guérison.

OBS. XX. — (PHELIP. *Thèse Bareyt*).

Homme, 14 ans. Antécédents : il y a trois semaines : grippe avec douleurs côté gauche, pollakiurie.

Le 17 mars 1919, à l'entrée : température, 38°-39° Douleur vive région costo-lombaire gauche. Signes urinaires : 0.

Le 18 mars : température, 39°. Douleur toujours très vive région costo-lombaire. Contracture lombaire. Le diagnostic n'est pas posé.

Le 31 mars : vomique. Mêmes signes locaux et généraux.

Le 1^{er} avril : ponction : pus. Intervention. Guérison au bout de trois mois seulement, par suites de complications pulmonaires.

OBS. XXI. — (JACOBY. *Thèse Bareyt*).

Homme, 33 ans. Fièvre continue depuis plusieurs semaines :

a) Antérieurs : douleur et psoïtis.

b) Postérieurs : douleur spontanée et provoquée au point costo-lombaire, pas de tuméfaction. Vomique. Diagnostic posé : incision de l'abcès. Amélioration pendant cinq mois, puis nouveau phlegmon au même niveau. Réintervention. Guérison définitive.

OBS. XXII. — (DELBET. *Thèse Finikoff*).

Homme, 45 ans. Evolution : un mois. S. G. Température 38°, 39°. Douleur flanc droit, défense, psoïtis. Signes urinaires : 0. Tout d'abord, traitement par vaccino-

thérapie 15 jours. Puis : incision, énorme poche de pus (staphylo.). Guérison.

OBS. XXIII. — (DEL BET. *Thèse Finikoff*).

Femme, 20 ans, entre à l'hôpital en janvier 1927. Porte d'entrée : en 1926 : furonculose. Température. Douleur lombaire droite, empâtement. Signes urinaires : 0.

Le 8 janvier : lombotomie, pus à staphylo.

OBS. XXIV. — (STROMINGER (Bucarest), *Journal d'Urologie*, 1924).

Homme, 21 ans, Antécédents : il y a six semaines, blennorrhagie.

Août 1921 : température, état général atteint. Douleur flanc droit spontanée et provoquée. Ponction flanc droit : négative.

14 août : énorme phlegmon. Pus à gonocoques. Guérison 25 jours.

OBS. XXV. — (Henry-S. BROWNE, *The Journ. of Urol.* n° 1, juillet 1927).

Dans un cas de rein en fer à cheval.

Homme 34 ans. Entre le 20 août 1926. Pas de porte d'entrée décelable; est vu par H.-S. Browne.

Début, il y a deux mois : température sans frisson, amaigrissement 30 livres. Douleur rein gauche spontanée et provoquée, contraction évidente de la paroi lombaire. Signes urinaires : 0. Num. glob. : 8-500; 82 % de polynucléaires. Cystoscopie : vessie normale. Cathétérisme urétéral : facile à droite jusqu'à mi-hauteur. Urine normale. P. S. P. normale. Cathétérisme urétéral gauche facile jusqu'en haut : excrétion d'urine minime, de la P. S. P. minime. Pyélographie gauche : montre un rein en fer à cheval. Diagnostic : rein en fer à cheval. Phleg-

mon périnéphrétique à gauche, sans atteinte du rein correspondant.

21 août : incision : 150 cc. pus. Guérison.

OBS. XXVI. — (LAVENAND, *Journal d'Urologie*, 1921).

Fin novembre 1914 : contusion flanc droit par éclat d'obus à fin de course.

3 janvier 1915 : enterré par éclatement d'obus, aucune blessure.

Fin novembre 1915 : amaigrissement, fatigue. Vague douleur côté droit.

2 mai 1916 : température 39°. Diarrhée. Diagnostic : embarras gastrique fébrile; puis constipation. Température 38°.

25 mai : après frisson, température 39°5. Etat général très atteint. Vive douleur côté droit, urines normales. Palpation : tumeur dans l'abdomen jusqu'à trois travers de doigt de la ligne xypho-ombilicale, semblant adhérer aux plans profonds. Diagnostic : phlegmon périnéphrétique.

27 mai : incision : trois quarts de litre de pus. Guérison en un mois.

OBS. XXVII. — (Fr. GRECO, *Annali italiani di chirurgia*, 1^{re} année, page 4 et 5).

Homme, 31 ans, antécédents urinaires : néant.

Depuis un mois : température vespérale : 38°-38°5. Douleur flanc droit. Palpation : grosse masse dure, sans fluctuation, pas de ballottement, matité absolue. En arrière : pas de douleur. En avant : légère sensibilité, côlon rejeté en dedans. Urines normales.

Cystoscopie : vessie normale, uretère gauche seul paraît donner.

Diagnostic hydronéphrose fermée avec périnéphrite. Opération : tissu sous-cutané et muscles œdématiés.

Masse dure, ligneuse, lardacée, adhérant au péritoine, rein congestionné, mais de dimensions normales, au milieu de ce tissu lardacé : quelques petits foyers purulents.

OBS. XXVIII. — (CHRISTIAN et VINTICI, *Journal d'Urologie*, 1934).

Fièvre élevée. Douleurs flanc droit et région épigastrique. Urines normales. Ponction flanc droit : négative. Lobotomie droite : pas de collection purulente. La fièvre reste élevée. Nouvelle intervention : phlegmon siègeant dans la région antérieure du hile; pus à staphylocoques.

OBS. XXIX. — (MAROGER, *Thèse Paris*).

P. P. à bacilles de Gartner. Marin, 41 ans.

Mi-juin 1930 : fièvre continue 38°5-39°5. Troubles digestifs, douleurs abdominales. On pense à une typhoïde.

Quelques jours après : douleur dans le flanc droit, et psoïtis. Cet état persiste jusqu'à la fin de juillet.

Fin juillet : un mieux se dessine : la température tombe. Mais une douleur atténuée persiste dans le flanc. Le malade quitte néanmoins l'hôpital et reprend son travail.

En septembre : le malade revient à l'hôpital et présente une fièvre élevée, une douleur dans le flanc droit, un psoïtis marqué.

En octobre : état général très touché avec fièvre, gros amaigrissement. Douleur dans le flanc, spontanée et provoquée, contracture musculaire. Ponction : pus à bacilles de Gartner. Intervention : évacuation d'une énorme collection. Guérison.

OBS. XXX. — (JEANBRAU, *Journal d'Urologie*, 1934).

Antécédents : 1927, furonculose.

Evolution : 3 ans.

Première hospitalisation : psoïtis aigu côté droit.

Diagnostic : arthrite coxo-fémorale dr. Trait : extension six mois. Deuxième hospitalisation : psoïtis. Diagnostic : périarthrite de la hanche droite avec arthrite sacro-iliaque droite. En traitement : 6 mois.

Cinq mois après : troisième hospitalisation : état général médiocre. Psoïtis. Diagnostic : appendicite subaiguë. Opération : appendicite. Reste cinq mois en traitement.

Quatrième hospitalisation : fièvre continue. Voussure région lombaire, défense musculaire. Palpation : tuméfaction indolore fosse iliaque droite. Diagnostic : phlegmon périnéphrétique.

Incision : volumineux phlegmon périnéphrétique avec fusées iliaques et crurales. Poche tapissée de placards fibreux. Guérison.

OBS. XXXI. — (SPERKENS. *Thèse Champagne*).

Femme, 52 ans. Etat général grave. Douleur lombaire gauche, contracture hypocondre gauche, psoïtis. Pollakyurie, pyurie, polynucléose. Incision : masse périnéphrétique fibreuse avec abcès.

Quatre mois après : hypocondre droit : douleur, défense.

Mort en septembre, autopsie : périnéphrite avec abcès.

OBS. XXXII. — (MARION. *Thèse de Szegal*).

Homme 18 ans, entre en juillet 1914 rue de la Chaise. Porte d'entrée : un furoncle quelques semaines auparavant.

Depuis trois semaines : fièvre, état général mauvais, douleur très vive dans la région lombaire droite; diagnostic : phlegmon périnéphrétique. Incision le lendemain d'un volumineux abcès périnéphrétique. Après amélioration, reprise des phénomènes fébriles. Réintervention : on enlève le rein farci corticaux.

En 1920, douleur lombaire gauche après furoncle. Incision de l'abcès. On ne peut enlever le rein qui est certainement la cause des accidents infectieux. Mort.

OBS. XXXIII. — (MARION, *Thèse Szegal*).

Femme de 26 ans. Entrée à l'hôpital Lariboisière le 12 décembre 1925. Début : il y a un mois et demi. Fièvre élevée, oscillante, amaigrissement : 6 kilogs. Douleur lombaire droite et poitis intense. A l'inspection : rien du côté de la fosse lombaire; à la palpation, masse mal limitée dans le flanc droit du volume d'une tête de nouveau-né. Signes urinaires : 0.

Le 16 décembre : incision d'un abcès sous-rénal droit descendant très bas le long de la gaine du psoas.

Le 13 janvier : incision complémentaire du même côté.

Le 20 février : phlegmon périnéphrétique gauche. Incision, pus à staphylocoques. Guérison.

OBS. XXXIV. — (MARION, *Thèse Szegal*).

Homme, 23 ans, aide-monteur. Entre le 27 janvier. Porte d'entrée : panaris, abcès de la sclérotique.

Depuis 7 jours : douleur lombaire droite, plastron lombaire, mais pas de rougeur, pas d'œdème. Signes urinaires : 0.

Février : incision abcès droit, puis staphylocoques.

3 mars : phlegmon périnéphrétique gauche. Incision et mort le 17 mars.

OBS. XXXV. — (DELORE et DUNET, *Journal d'Urologie*, 1923).

Femme, 54 ans.

Novembre 1920 : furoncle tempe droite et médus gauche.

Avril 1921 : 38°-39°. Douleurs vives région lombaire gauche. Signes urinaires et digestifs : 0.

Juillet 1921 : douleur niveau du triangle de J.-L. Petit. Tuméfaction lombaire, voussure, œdème pariétal. Diagnostic : phlegmon périnéphrétique.

5 juillet : Incision. Guérison en 15 jours.

Un an après : furoncles région cervicale.

28 août 1922 : température, 38°5-39°. Douleur depuis deux mois région lombaire droite, tuméfaction, contraction pariétale nette, pas d'œdème.

29 août : incision : un litre de pus à staphylocoques. Guérison.

*
* *

Voilà donc 34 phlegmons périnéphrétiques dont 20 ont été méconnus des semaines et des mois, pris pour les affections les plus diverses : typhoïde, pleurésie, colique néphrétique, pyélonéphrite.

Sur nos 10 observations inédites, une seule fois (obs. VIII) le diagnostic fut fait par le médecin traitant. Sur les 24 observations que nous avons empruntées à divers auteurs, 13 fois le diagnostic fut fait d'emblée : obs. XIX par Lecène, XXII et XXIII par Delbet, obs. XXIV par Strominger, XXV par Browne, XXVI par Lavenant, XXVII par Greco, XXVIII par Christian et Vintici, XXXI, par Sperkens, XXXII, XXXIII, et XXXIV par Marion, XXXV par Delore et Dunet. Nous remarquerons que dans ces cas, ce sont des chirurgiens qui ont vu le malade, et même des chirurgiens rompus à l'urologie si ce n'est même des urologistes distingués.

Dans tous les autres cas (soit 20 fois sur 34), le phlegmon périnéphrétique fut méconnu totalement ou

longtemps des médecins praticiens, des médecins consultants, des médecins professeurs de Faculté ou titulaires de services hospitaliers et même des chirurgiens éminents non spécialisés en urologie. Les observations XII, XIII, XIV, et XV de Marion sont particulièrement démonstratives à ce sujet. Dans ces 20 observations, le diagnostic n'a été finalement fait que lors de l'appel d'un chirurgien connaissant bien l'évolution très spéciale du phlegmon périnéphrétique (obs. XVI, XVII et XVIII, Lecène) ou lors de l'appel en consultation de l'urologiste (obs. II, III, IV, V, VI, VII, IX, X, XI, du Docteur Auvigne, XII, XIII, XIV XV du Dr Marion) ou bien par suite d'une complication telle que la vomique (obs. XX et XXI).

SYMPTOMES

Quel est donc le vrai tableau clinique sur lequel il faudra faire le diagnostic de phlegmon périnéphrétique ?

Il faut faire le diagnostic :

- 1° *Sur les antécédents de furonculose.*
- 2° *La douleur au point costo-lombaire.*
- 3° *La fièvre.*
- 4° *La contracture lombaire.*
- 5° *L'absence de pyurie.*
- 6° *La polynucléose sanguine.*
- 7° *Accessoirement sur les constatations radiographiques.*
- 8° *L'évolution traînante.*

1° Les antécédents de furonculose

Le phlegmon périnéphrétique est dans la règle la localisation à l'atmosphère graisseuse d'une septicémie à staphylocoques.

L'affection qui a entraîné cette septicémie est une lésion banale à staphylocoques qu'il faut savoir découvrir par un interrogatoire soigné : furoncle, anthrax, orgelet, ostéomyélite, panaris, etc.

Sur 34 observations que comporte ce travail, 17 fois l'interrogatoire a permis de connaître dans les antécédents une manifestation staphylococcique : obs I, une poussée de furonculose six mois auparavant ; obs. VI, un anthrax du cou 3 semaines avant ; obs. VIII, orgelet 8 jours avant ; obs. X, un panaris anthracoidé 15 jours avant ; obs XI, furoncle de l'avant-bras ; obs. XII une poussée de furonculose 1 mois avant ; obs. XV, une furonculose généralisée 2 mois avant ; obs. XVI, un hygroma suppuré l'année précédente ; obs. XVII, un furoncle ; obs. XVIII, un panaris ; obs. XIX un panaris ; obs XXIII, une furonculose de l'année précédente ; obs. XXX une furonculose ; obs. XXXII, un furoncle quelques semaine auparavant ; obs. XXXIV, un panaris et un abcès de la sclérotique ; obs. XXXV, un furoncle.

Les lésions staphylococciques qu'on trouve donc le plus souvent à l'origine du phlegmon périnéphrétique sont : les furoncles, les anthrax, les panaris, les orgelets. Mais ces lésions peuvent être : une ostéomyélite quelconque, une angine, une plaie infectée, un durillon forcé, une rhinite, de l'acné même, etc...

Parfois, il est impossible d'extirper de la mémoire du malade le souvenir d'une infection staphylococcique quelconque et pourtant l'examen du pus évacué par l'incision révèle la présence du staphylocoque. Il en était ainsi dans nos observations II et V et dans l'obs. XXVIII de Christian et Vintici, dans l'observation XXXIII de Marion. Il est certain que ces quatre phlegmons sans porte d'entrée cliniquement décela-

ble ont pourtant succédé à une lésion staphylococcique. Mais il a pu s'agir d'une infection minime de la peau ou d'une muqueuse qui est passée inaperçue du malade. De plus, assez souvent le phlegmon périnéphrétique suit longtemps après la manifestation staphylococcique cutanée qui peut être oubliée par le malade (six mois après dans l'obs. 1 ; 3 mois après dans l'obs. XII ; un an dans une obs. de Smirnov).

En somme sur 34 observations : 17 fois il y avait des antécédents staphylococciques manifestes ; 4 fois ces antécédents devaient exister mais n'étaient pas manifestes. Si de plus on considère que plusieurs fois dans nos observations, le pus après incision du phlegmon n'a pas été soumis à un examen qui eut pu révéler le staphylocoque, on voit combien souvent ce dernier est le responsable de la périnéphrite suppurée.

On peut donc conclure que la découverte, dans les antécédents du malade, d'une lésion staphylococcique est un élément extrêmement précieux pour le diagnostic.

Mais la septicémie à staphylocoque pour être la cause banale de la périnéphrite suppurée n'en est cependant pas l'unique. On peut découvrir dans les antécédents du malade des affections telles qu'une septicémie à gonocoques (obs. XXIV), une grippe (obs. XX). Ces antécédents ont la même valeur diagnostique que la lésion staphylococcique.

Assez souvent, on trouve, par l'interrogatoire, la notion d'un *traumatisme* de la région lombaire : obs. IX, une chute sur le flanc 45 jours auparavant ; obs.

XIV : une fracture de la colonne lombaire 3 ans auparavant ; obs. XXVI : une contusion du flanc par un éclat d'obus à fin de course 1 an auparavant.

2° La douleur

C'est le symptôme *initial* du phlegmon périnéphrétique. C'est aussi le symptôme *qui ne fait jamais défaut*.

Nous le trouvons dans les 34 observations ; c'est même le seul signe local dans les observations X, XI, XXIV, XXVIII, et XXXII où sa constatation a permis d'affirmer la suppuration périrénale que vérifia l'opération.

Ordinairement, cette douleur est très violente au début immobilisant le malade auquel il est difficile de s'asseoir et de se remuer dans son lit. Son intensité est parfois comparable à celle de la colique néphrétique (obs. III). Au cours de l'évolution cette douleur peut, ou encore s'accroître, ou bien, s'atténuer de façon continue. Parfois installée lentement et peu vive au début, la douleur s'accroît progressivement ou bien au contraire, reste toujours peu intense (obs. X). Assez souvent l'intensité de la douleur est oscillante : très vive pendant des jours, elle décroît ensuite progressivement pour redevenir, après une accalmie plus ou moins longue, très vive.

Cette douleur *siège*, le plus souvent, dans la région lombaire, en arrière, entre la 12^e côte et la crête iliaque et plutôt plus près de la 12^e côte que de la crête

(obs. I, III, IV, VIII, IX, X et XI, etc...). Ce siège pourrait faire parfois penser à un lumbago.

Fréquemment, la douleur existe à la fois en arrière et en avant, en dehors du grand droit. Parfois la douleur siège haut à la base de l'hémithorax, simulant le point de côté d'une affection pleuro-pulmonaire (obs. II, V, XVII).

La douleur peut avoir des *irradiations* diverses dans toutes les régions correspondant aux nerfs qui passent en arrière du rein.

En tout cas : la palpation localise une *douleur provoquée maxima au niveau de deux points électifs : en arrière, au point costo-lombaire*, facile à trouver à la rencontre du bord externe de la masse musculaire lombaire avec la 12^e côte; *en avant : au point para-ombilical* ou pyélique, à deux travers de doigt en dehors de l'ombilic.

Nous attachons une importance capitale à la douleur provoquée et localisée au point costo-lombaire, Ce signe a pour nous, dans le diagnostic du phlegmon périnéphrétique, la même valeur que possède la douleur au point de Mac Burney dans le diagnostic de l'appendicite. Il faut bien savoir lui attribuer l'importance qu'il mérite. Sa constatation doit faire immédiatement penser à une périnéphrite ou à une lésion rénale suivant les autres signes concomitants.

Fréquemment existe aussi une flexion de la cuisse correspondante à l'abcès comme dans la *psoitis* (9 fois sur 35) et une impossibilité de l'étendre si ce n'est au

prix de douleurs très vives (obs. VI, VII, VIII, IX, XXII, XXIX, XXX, XXXI, XXXIII).

3° La fièvre

C'est un signe *constant* dans la périnéphrite suppurée; elle existait dans toutes les observations.

C'est une fièvre *continue* durant des semaines, des mois avec des rémissions d'un degré et plus le matin, des paroxysmes chaque soir avec stade de frisson, chaleur, sueur.

Le plus souvent, c'est une fièvre *élevée* aux alentours de 38°5 le matin, 39°5 ou 40° le soir. (Obs. II, VI, VII, VIII, X, XI, XII, XIII, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXI, XXII, XXVI, XXVIII, XXXIV, XXXV).

Parfois, c'est une fièvre oscillant seulement autour de 38° (obs. III, IX, XXVII).

Quelquefois même, la température est normale le matin, la fièvre n'existe que le soir et très peu élevée autour de 37°8 (obs. XIV). Ces formes ne seraient même pas rares au dire de Marion.

4° La contracture lombaire

est le troisième signe clinique capital du phlegmon périnéphrétique.

La main placée dans l'angle costo-lombaire apprécie du côté malade une *résistance de la paroi* et du côté sain une souplesse, une dépressibilité parfaites et normales.

La contracture est un signe assez constant quand

on sait la rechercher. Elle existe dans 22 de nos observations : obs. II à X, obs. XII à XIV, obs. XXV, obs. XXIX à XXXI, obs. XXXIV et obs. XXXV.

En raison de sa fréquence, la contracture lombaire a pour nous dans le diagnostic de phlegmon périnéphrétique, la valeur que possède la contracture de la fosse iliaque droite dans le diagnostic d'une appendicite aiguë.

Le plus souvent, c'est une contracture nette, franche, facile à constater en palpant comparativement les deux régions lombaires : obs. II, IV, V, VIII, XII, XIII, XV, XVII, XVIII, XIX, XX, XXII, XXV, XXIX, XXXI. Assez souvent cette contracture très intense donne à la main qui palpe l'impression d'un blindage, d'une induration ligneuse de la paroi lombaire (obs. VI, VII et XIV). Parfois même, la contracture est d'une intensité extrême et telle qu'elle est à la fois palpable sous forme d'une induration pariétale et visible sous forme d'une scoliose à concavité tournée du côté de l'abcès (obs. VI et IX).

Parfois la contracture est peu prononcée : on ne constate qu'une légère défense de la paroi (obs. III).

Assez souvent (12 fois sur 34), la contracture pariétale fait défaut mais dans les cas où cette contracture est absente, la palpation peut néanmoins fournir un renseignement de premier ordre.

En pratiquant la palpation bi-manuelle, comme si on voulait palper le rein, en palpant avec une main en arrière dans la région lombaire, l'autre main en

avant sur la région correspondante, on peut avoir l'impression de tenir entre les doigts une masse diffuse occupant la région rénale, de volume variable (une tête de nouveau-né dans l'obs. XXXIII) de consistance ferme, souvent d'une dureté ligneuse, non mobilisable et faisant corps avec la paroi lombaire. Parfois, l'on obtient par cette palpation bimanuelle l'impression d'un empâtement profond ou d'un plastron lombaire dans 7 des 12 cas où la contracture lombaire était absente (obs. XVI, XXIII, XXIV, XXV, XXVII, XXX, XXXIII).

Dans 5 observations seulement la palpation ne révélait ni contracture, ni masse lombaire. Le seul renseignement qu'elle donnait est la douleur au point costo-lombaire (obs. X et XI, XXIV, XXVIII et XXXII). De toutes façons et dans tous les cas, c'est la palpation qui nous semble être le seul moyen de diagnostic. Il n'y a pas de signes visibles, pas de soulèvement de la région lombaire, de tuméfaction saillante et fluctuante, de rougeur, d'œdème, etc...

La douleur lombaire, la fièvre, la contracture lombaire constituent un trépied clinique qui doit toujours faire penser immédiatement au phlegmon périnéphrétique avec peu de chances d'erreur si on découvre dans les antécédents : une furonculose ou un traumatisme rénal. Il faut, dès lors, demander un examen des urines et un examen du sang.

5° L'examen des urines pour recherche de pus

Cet examen sera, dans la règle, négatif. L'absence

de pyurie dans le phlegmon périnéphrétique est à peu près constante et le distingue d'une pyonéphrose. Seuls nos malades des obs. VII et X avaient eu les urines troubles par pyélonéphrite colibacillaire concomitante.

6° L'examen du sang

La numération globulaire révèle une hyperleucocytose autour de 20.000 en moyenne dans nos observations).

Le pourcentage leucocytaire décèle une prédominance nette des polynucléaires (environ 88 % dans nos observations).

Muni de ces deux renseignements extra-cliniques, le médecin peut poser le diagnostic ferme de phlegmon périnéphrétique sans besoin d'avoir constaté : tuméfaction, rougeur, fluctuation. Ce n'est que très exceptionnellement que le médecin devra faire appel à la radiographie.

7° La radiographie

« Il est arrivé à maint chirurgien et en particulier à maint chirurgien urinaire de faire, dès son premier examen du malade, un diagnostic de phlegmon périnéphrétique que n'avaient même pas effleuré des médecins fort distingués appelés avant lui. Il a pu, dans ces conditions, se trouver un peu gêné vis-à-vis de ces confrères pour formuler devant l'entourage du malade et après un examen

« qui a pu paraître assez sommaire, un diagnostic
« aussi certain et une indication opératoire aussi
« nette. Le radio-diagnostic, en général bien super-
« flu, aura dans ces cas l'avantage de sauver la face
« de médecins moins heureusement inspirés. Il aura
« de plus le mérite, qui n'est jamais négligeable, de
« fournir une preuve objective de l'existence de lé-
« sions. Dans certains cas où la lésion est assez aty-
« pique, il permettra d'affirmer la nature d'une lé-
« sion que les données purement cliniques laissent
« un peu obscure » (G. Wolfromm et J. Busy).

Chevassu en France, Edwin Beer aux Etats-Unis, François en Belgique et bien d'autres chirurgiens ont beaucoup insisté ces dernières années sur les signes radiologiques du Phlegmon périnéphrétique.

Avec le Dr. François d'Anvers, on peut classer les signes radiologiques de l'abcès périnéphrétique, en signes indirects et signes directs.

SIGNES INDIRECTS :

1° *La disparition de la silhouette du rein et l'obscurecissement du bord externe du psoas.* « L'obscur-
« cissement du bord externe du psoas est très mar-
« qué dans beaucoup de cas. La masse produite par
« l'abcès et les tissus du voisinage rend le bord ex-
« terne du psoas moins visible, de sorte qu'il y a
« un contraste frappant entre le bord du muscle des
« deux côtés : du côté sain, nous avons un bord bien
« net; du côté malade, le bord est peu ou pas visi-
« ble » (Edwin Beer, *Mont Sinai Hospital et Belle-
« vue Hospital, New-York City, 1928*). La disparition

de la silhouette du rein et de celle du psoas est un signe fréquent (9 fois sur 11) et précoce du 12^e au 14^e jour au dire de Rigler et Manson (*The Am. Journ. of Surgery*, n° 3, septembre 1931).

2° *La scoliose lombaire*, à concavité dirigée du côté affecté, convexité du côté sain normal, due à la contraction des muscles spinaux situés près du foyer de suppuration, peut être mise en évidence dans un grand nombre de cas pour E. Beer, seulement 3 fois sur 10 pour François. Parmi nos 11 observations inédites, nous avons constaté cliniquement 2 fois une scoliose lombaire.

3° *Le refoulement du côlon en dedans* est un signe assez fréquent (6 fois sur 10) mais tardif.

4° *L'ascension de l'hémi-diaphragme du côté malade* et sa moindre excursion respiratoire (signe de Chevassu) signe peu constant (5 fois sur 10) et tardif.

SIGNES DIRECTS :

C'est l'existence autour de l'ombre rénale d'une ombre répondant à l'abcès. Mais c'est là un signe souvent difficile à constater et à interpréter. Souvent l'ombre du rein n'apparaît pas, son opacité est à peu près la même que celle du phlegmon, elle y est comme noyée.

D'où l'utilité de l'urographie intraveineuse : l'injection intraveineuse de ténébryl augmente toujours l'opacité du parenchyme rénal lui-même et le rend visible au milieu de l'abcès; de plus, elle peut montrer une déformation du bassinnet liée à sa compression par une masse périrénale.

8° L'évolution subaiguë ou chronique

Le phlegmon périnéphrétique ainsi caractérisé par les antécédents de furonculose, la douleur du point costo-lombaire, la contracture de la paroi lombaire, l'absence de pyurie, la polynucléose sanguine, a dans sa forme ordinaire une évolution subaiguë.

Apparue d'une façon insidieuse et progressive, la périnéphrite suppurée évolue lentement, traînant des semaines et des mois — une moyenne de six semaines à deux mois dans nos observations inédites. Et ce, sans grosse modification des signes cliniques capitaux étudiés : douleur, fièvre, contracture. En tout cas, le plus souvent, pas de tuméfaction lombaire, de rougeur, d'œdème. Assez souvent, au cours de l'évolution se produisent des rémissions temporaires : la douleur diminue, la fièvre baisse; puis le mieux est suivi d'une reprise de tous les symptômes. Cette évolution ondulante est même la règle au dire de Marion. Elle était manifestement ondulante dans l'observation XV de Marion où se produisit une rémission pendant une dizaine de jours, dans l'observation XXX de Jeanbreau où l'évolution du phlegmon dura trois ans avec 4 rémissions chacune de plusieurs mois.

Parfois, l'évolution est *essentiellement chronique*, durant 5 mois dans une de nos observations, dix mois dans une observation de Marion (obs. XIV), 3 ans dans l'observation XXX de Jeanbreau; donnant lieu à une douleur et à une induration lombaires, à une température qui, sans être absolument normale, ne

s'élève que très peu au-dessus de la normale, aboutissant à la constitution dans la région lombaire d'une masse fibreuse considérable simulant une tumeur et au milieu de laquelle il peut être difficile de trouver un foyer purulent de tout petit volume (comme dans l'obs. II).

Evoluant ainsi de façon subaiguë ou chronique, le phlegmon périnéphrétique produit toujours une *altération considérable de l'état général*. Le malade perd tout appétit, il maigrit vite et énormément; il offre finalement l'aspect général d'un tuberculeux avancé ou d'un cancéreux. C'est ainsi que le malade de l'observation VI avait maigri de 31 kilos en deux mois et se trouvait dans un état de cachexie au moment de l'intervention, qui fut suivie d'une reprise de 48 kilos en deux mois. En l'absence d'intervention, le malade finit par mourir et ce, sans que, le plus souvent, le pus ait tendu à se faire une issue au dehors, sans tuméfaction, rougeur, œdème lombaires.

En résumé, la périnéphrite suppurée nous semble, dans sa forme commune, caractérisée par des antécédents de furunculose; un début insidieux; une évolution subaiguë, traînante, avec fièvre et au cours de laquelle l'état général du malade est très touché; des signes locaux cliniques : la douleur au point costolombaire, une contracture pariétale; des signes paracliniques, l'absence de pyurie, la polynucléose sanguine et, très accessoirement, des signes radiographiques. Ce phlegmon périnéphrétique, si on ne fait pas le diagnostic finit par tuer le malade des progrès de

l'infection ou de la cachexie. Exceptionnellement et tardivement, ce phlegmon peut finir par diffuser à travers la paroi lombaire, les poumons ou vers l'ombilic, la fosse iliaque, etc...

FORMES CLINIQUES

I. — Suivant l'évolution

LA FORME SURAIGUE ET AIGUE

Les formes suraiguës et aiguës évoluant en une semaine ou deux sont exceptionnelles (obs. I, VIII, IX, XIII et XX, soit 5 observations sur 35). Elles sont infiniment moins fréquentes que la forme subaiguë et même plus rares que les formes à évolution chronique. Mais, de plus, dans ces formes à évolution aiguë, la diffusion du pus à travers la paroi lombaire (avec apparition d'une tuméfaction lombaire saillante, rouge, oedématiée, fluctuante) est tardive et relativement rare quoi qu'en aient dit Trousseau et Dieulafoy. Ces signes existaient bien dans l'observation I mais pas dans les 4 autres phlegmons à évolution aiguë (obs. VIII, IX, XIII, XX).

Le pus est constitué depuis plusieurs jours déjà dans la graisse périrénale quand il fait issue à travers la paroi lombaire sous forme d'une tuméfaction visible et palpable, à travers le poumon sous forme de vomique (obs. XX et XXI), vers l'ombilic, la fosse iliaque, le petit bassin... Dans l'observation XX : 13 jours

avant la vomique la palpation avait révélé une douleur au point costo-lombaire, une contracture pariétale. C'est à ce moment qu'il aurait fallu faire le diagnostic sans attendre la vomique. Attendre de tels signes physiques pour affirmer le phlegmon périnéphrétique, c'est parfois laisser son malade mourir d'infection, toujours le conduire à une intervention dont les chances de succès sont amoindries.

II. — Suivant la localisation de l'abcès

Le siège de l'abcès peut influencer la symptomatologie, au moins dans certains cas typiques. A côté de l'abcès rétro-rénal le plus fréquent auquel correspond surtout notre description clinique, on peut voir :

L'ABCÈS SUS-RÉNAL OU SOUS-PHRÉNIQUE marqué surtout par des phénomènes thoraciques : aux signes d'infection générale s'ajoutent un point de côté à la base de l'hémithorax, une toux sèche, irritante, de la dyspnée. La percussion trouve de la matité, l'auscultation des râles à une base et la radioscopie peut révéler une parésie de l'hémi-diaphragme correspondant (obs. VI, IX). Si le diagnostic n'est pas fait, ce sont des phlegmons périnéphrétiques qui évoluent vers le haut, s'ouvrant dans le poumon et donnant lieu à une vomique; dans la plèvre en causant une pleurésie purulente à staphylocoques.

L'ABCÈS ANTÉ-RÉNAL : a volontiers une symptomatologie abdominale; la douleur est spontanée, siège en avant sous les fausses côtes; son maximum est

localisé, à la palpation, au point pyélique. La contracture maxima est en avant, avec une fosse lombaire qui peut être souple; avec cela, de la gêne dans la circulation fécale ou gazeuse de l'intestin. Ces signes joints à la fièvre évoquent la cholécystite, l'abcès sous-phrénique, la péritonite localisée, etc...

Si le diagnostic n'est pas fait, ces phlegmons peuvent s'ouvrir dans l'intestin, dans la grande cavité péritonéale.

L'ABCÈS SOUS-RÉNAL donne de bonne heure des signes de psoïtis et des douleurs ou des fourmillements dans le bassin, dans l'aîne, dans la cuisse, dans le scrotum (domaine des nerfs du plexus lombaire). Si le diagnostic n'est pas fait, cet abcès a tendance à descendre du côté de la fosse iliaque, de l'aîne, du bassin où l'on peut sentir un empâtement.

Qu'il s'agisse d'abcès sus-rénal à symptomatologie thoracique ou d'abcès anté-rénal à symptomatologie plutôt abdominale, ou d'abcès sous-rénal à signe de psoïtis et de névralgies des nerfs lombaires, le diagnostic devra être fait, comme pour l'abcès banal rétro-rénal avant le stade de diffusion, par quelques signes : les antécédents staphylococciques, la douleur au point costo-lombaire, localisée, fixe, permanente, la contracture pariétale ou la masse immobile faisant corps avec la paroi lombaire.



DIAGNOSTIC

Pour qui connaît le tableau clinique tel que nous venons de le décrire, le diagnostic est extrêmement facile; il se fait en 5 minutes.

Il faut savoir donner leur importance capitale aux antécédents de staphylococcie ou de traumatismes lombaires; à la permanence et à la fixité d'une douleur localisée au point costo-lombaire, d'une fièvre oscillante; à la constatation d'une contracture lombaire ou d'une masse faisant corps avec la paroi. De tels symptômes cliniques, avec des signes para-cliniques, comme l'absence de pyurie et la polynucléose sanguine permettent d'affirmer avec une certitude quasi-mathématique sans risque d'erreur, l'existence d'un phlegmon périnéphrétique. La radiographie n'est que tout à fait accessoire.

Diagnostic différentiel

Mais le malheur est que les médecins même très expérimentés ne pensent pas au phlegmon périnéphrétique ou lui attribuent des symptômes qui n'existent jamais ou du moins extrêmement tardifs. Ils ont leur attention attirée vers tel ou tel symptôme plus particulièrement et pensent à :

1° Des maladies générales diverses.

2° Des maladies d'organes voisins du rein : poumon, plèvre etc..

3° Des maladies du rein lui-même : pyélonéphrite, etc...

1° LES MALADIES GÉNÉRALES :

La prédominance des signes généraux souvent très marqués, sur les signes locaux, souvent très discrets, est responsable des diagnostics de septicémie (obs. XIII), fièvre typhoïde (obs. XII, XXIX) granulie, paludisme, amibiase (obs. XVII) grippe, embarras gastrique (obs. XVI) fréquemment portés en cas de phlegmon périnéphrétique.

On recherche les symptômes propres à ces affections et on ne les trouve pas ; on pratique des examens du sang, des hémocultures, des séro-diagnostic multiples..., mais tous ces examens sont négatifs et malgré tous les traitements appliqués les symptômes persistent sans atténuation.

2° LES MALADIES D'ORGANES VOISINS DU REIN :

L'existence et la prédominance d'autres signes locaux peuvent faire envisager des lésions d'organes voisins du rein.

Les phlegmons sus-rénaux, par leur symptomatologie presque thoracique sont souvent pris pour des affections du poumon : abcès du poumon (obs. XVII), pneumonie, tuberculose pulmonaire (obs. XVII) des affection de la plèvre : pleurésie purulente (obs. VI, IX, XII.)

Les phlegmons anté-rénaux, par leur symptomato-

logie plutôt abdominale sont souvent confondus avec l'appendicite (obs. XVIII et XXX) ou la cholécystite, pancréatite suppurée, abcès du foie et de la rate, kystes hydatiques suppurés.

Les phlegmons infra-rénaux, avec leur psoïtis, pris pour des abcès froids venus des dernières côtes ou d'un mal de Pott, pour une coxalgie (obs. XXX) une sacro-coxalgie (obs. XXX) une coxite gonococcique...

Les phlegmons rétro-rénaux pourraient être pris pour une ostéomyélite aiguë de la colonne vertébrale de la crête iliaque, voire un simple lumbago dans les formes chroniques.

L'analyse exacte des symptômes montrerait pourtant que l'affection en question ne présente pas les signes ordinaires d'un abcès du poumon, d'une appendicite, d'une coxalgie, etc..., mais, au contraire, ceux du phlegmon périnéphrétique.

3° LES MALADIES DU REIN :

Même quand les signes locaux, douleur costo-lombaire, etc..., attirent l'attention vers la région rénale, il arrive encore fréquemment que le médecin ne pense pas au phlegmon périnéphrétique mais plutôt à une maladie du rein : pyélonéphrite, pyonéphrose, lithiase rénale, rein polykystique, cancer du rein infecté, abcès cortical, voire un cancer du rein banal.

a) *La pyélonéphrite* :

En présence d'un malade qui éprouve des douleurs lombaires avec de la fièvre, la première affection à laquelle on pense est la pyélonéphrite (obs. XII, VII.)

Le diagnostic est très facile avec le phlegmon périnéphrétique. Dans la pyélonéphrite : il y a de la pyurie, l'examen cyto-bactériologique des urines décelé la présence abondante de leucocytes et de colibacilles.

Parfois, au cours de phlegmon périnéphrétique avec urines troubles, le diagnostic peut être plus délicat. Cependant il est faisable car dans la pyélonéphrite, il n'y a pas de contracture lombaire ou de masse faisant corps avec la paroi.

b) *La pyonéphrose :*

La douleur lombaire, la fièvre, la perception d'une masse dans la région lombaire existent bien ; mais dans ce cas, la masse ne fait pas corps avec la paroi lombaire, elle est mobile — soit avec les mouvements respiratoires, soit entre les deux mains qui la palpent. Ses limites sont précises, sa forme est ovoïde, régulière, elle semble nettement circonscrite. De plus l'évolution est particulière : elle se fait par poussées successives, il y a des périodes de rétention avec fièvre élevée et urines claires et des périodes avec fièvre peu élevée et urines purulentes.

Parfois, cependant, le diagnostic est délicat : la pyonéphrose étant accompagnée de périnéphrite scléreuse qui fait adhérer la poche à la paroi.

La pyonéphrose a été précédée, en général, d'accidents rénaux de plus ou moins longue durée, le phlegmon périnéphrétique éclatant, au contraire, volontiers sans que le malade ait été un malade rénal. Du reste, phlegmon périnéphrétique et pyoné-

phrose peuvent coexister. Qu'il s'agisse de l'un ou de l'autre, il faudra intervenir.

6) *La lithiase rénale infectée :*

Le calcul rénal infecté peut donner lieu à des symptômes à peu près analogues à ceux du phlegmon périnéphrétique en raison de la périnéphrite scléro-lipomateuse dont ils s'accompagnent presque toujours. Dans ce cas, il y a eu des antécédents de douleurs, des hématuries provoquées, de la pyurie. La radiographie montre l'ombre calculeuse. Il faudra intervenir ; d'ailleurs le calcul rénal infecté est souvent à l'origine d'un phlegmon périnéphrétique.

Il en est de même du rein polykystique suppuré, du cancer suppuré, du kyste hydatique infecté.

Un cancer du rein, même sans infection peut simuler un phlegmon périnéphrétique (obs. XIV), un de ces phlegmons périnéphrétiques ligneux sur lequel insiste Marion et dont Bonneau apporta, en 1925, une observation bien typique à la Société d'Urologie.

d) *Une bacillose rénale avec périnéphrite scléro-lipomateuse* et fièvre à 37° 8, 38° peut simuler parfois, à première vue, un phlegmon périnéphrétique. Cette forme de la bacillose rénale est assez rare, Raffin en a tout de même signalé 7 sur 92 cas opérés par lui et nous-mêmes avons observé dans le service de clinique urologique de Nantes un cas typique. Néanmoins, le diagnostic est facile : car la cystite ne manque jamais dans la bacillose et fait toujours défaut dans le phlegmon périnéphrétique.

e) *La néphrite suppurée :*

La néphrite suppurée ou *pyonéphrite* peut être difficile à distinguer du phlegmon périnéphrétique qu'elle entraîne souvent (25 à 31 % suivant les statistiques).

Le diagnostic du phlegmon périnéphrétique avec les *grands abcès corticaux uniques ou peu nombreux* ne se pose certes pas le plus souvent car ces grands abcès ne sont généralement reconnus que par le phlegmon périnéphrétique qu'ils entraînent presque toujours.

Par contre, le diagnostic du *phlegmon périnéphrétique avec des abcès miliaires du rein* peut se poser car ceux-ci qui n'entraînent qu'exceptionnellement un phlegmon périnéphrétique, réalisent avec des antécédents de furonculose :

Un tableau de septicémie.

Une douleur au point costo-lombaire, fixe nette.

Un gros rein à la palpation.

Une polynucléose sanguine avec absence de pyurie.

Le plus souvent dans le phlegmon périnéphrétique il est vrai, la palpation du rein est impossible ; elle révèle une contracture lombaire ou une masse faisant corps avec la paroi ; mais néanmoins, il est des cas où la douleur, au point costo-lombaire est le seul signe local du phlegmon périnéphrétique. Et ce ne sera pas la radio qui éclairera beaucoup notre diagnostic.

Donc parfois, le diagnostic du phlegmon périnéphrétique avec les abcès miliaires nous semble dif-

ficile mais, à notre avis, de toutes façons, qu'on porte le diagnostic d'abcès du rein ou de phlegmon périnéphrétique, peu importe, on fera une lombotomie qui sera suivie d'un diagnostic juste et de la thérapeutique adéquate.



PRONOSTIC

Dans l'ensemble, le pronostic du phlegmon périnéphrétique nous a, semblé *bénin*. En effet, les malades de nos 11 observations inédites ont tous guéri rapidement et parfaitement. Sur les 24 observations que nous avons empruntées à la littérature médicale, il y eut 22 guérisons et 2 morts. Ces morts sont survenues dans le cas de phlegmons périnéphrétiques bilatéraux ce qui ne veut pas dire que les phlegmons périnéphrétiques bilatéraux eux-mêmes soient d'un pronostic particulièrement sombre (18 guérisons sur 23 cas de phlegmons périnéphrétiques bilatéraux dans la thèse de Szégal). Mais, dans l'un de ces cas (obs. XXXII) il s'agissait d'un phlegmon périnéphrétique par abcès cortical survenant chez un sujet déjà néphrectomisé par Marion, de l'autre côté 6 ans auparavant pour phlegmon périnéphrétique par abcès cortical.

Lorsque le rein aura donc été à l'origine du phlegmon, le pronostic devra être toujours réservé à son égard car bien souvent on se verra dans la nécessité de le supprimer pour tarir la suppuration persistante ou renouvelée du tissu qui l'entoure.

De plus, au point de vue vital, il faudra tenir compte de l'état général du sujet atteint qui peut être médiocre, de la virulence de l'infection.



TRAITEMENT

En présence d'un phlegmon périnéphrétique diagnostiqué, quelle est la conduite à suivre :

INTERVENIR D'URGENCE. On a pourtant opposé au traitement chirurgical le traitement médical.

Chevassu, le premier, et avec lui Le Fur, Marsan, etc... ont préconisé le traitement médical et publié des observations de phlegmons périnéphrétiques guéris par lui seul. Cette thérapeutique utilise le plus souvent des stocks vaccins : soit le vaccin antistaphylococcique de l'Institut Pasteur à raison d'une injection tous les deux jours à doses régulièrement progressives, d'un demi-milliard, d'un milliard, etc..., jusqu'à cinq milliards, soit un vaccin polyvalent : le Propidon en une série de trois injections de 4 cm³, espacées de 2 jours en 2 jours.

Les auto-vaccins seraient plus efficaces que les stocks vaccins (Le Fur, Congrès d'Urologie, 1921).

En réalité, qu'il s'agisse d'auto-vaccins ou de stocks vaccins, même aidés d'enveloppements humides chauds, de révulsion par ventouses sur la région lombaire, il ne faut pas s'illusionner sur les succès du traitement médical du phlegmon périnéphrétique.

Certes, nous ne nions pas que quelques beaux succès aient pu être obtenus par le traitement médical mais nous ne croyons pas que, dans la règle, ce traitement à lui seul amène la guérison de la périnéphrite suppurée.

En effet, il est bien rare que la périnéphrite soit diagnostiquée tout au début, au stade d'infiltration, avant le stade de suppuration. Nous croyons avoir suffisamment insisté sur ce fait que le phlegmon périnéphrétique n'était reconnu de la plupart des médecins qu'au stade de suppuration — si ce n'est malheureusement trop souvent au stade de diffusion. Or, si la vaccinothérapie et le traitement local anti-phlegmoneux peuvent amener la résolution au stade d'infiltration, ils n'amèneront certes pas la disparition du pus collecté dans l'atmosphère graisseuse ou propagé déjà loin. Dans l'obs. XXII de Delbet, le malade fut traité par vaccinothérapie 15 jours, puis l'on dut inciser pour évacuer une énorme poche de pus.

Pour conclure : *si rien ne presse*, si la périnéphrite semble tout au début, si l'état général du sujet, la douleur, la fièvre ne sont pas trop sérieux, on pourra mettre en œuvre le traitement médical. Les indications de cette thérapeutique sont donc exceptionnelles. De plus, dans les cas où cette thérapeutique sera appliquée, il ne faudra pas pour cela perdre un temps précieux si elle semble ne pas agir et se tenir prêt à intervenir.

Dans la règle : *tout presse quand le diagnostic est fait*, quand le phlegmon périnéphrétique est reconnu

aux signes locaux : douleur au point costo-lombaire, contracture pariétale ou masse mobile dans la région lombaire. Il y a toujours du pus dans la profondeur qu'il s'agisse d'une périnéphrite subaiguë, chronique, aussi bien que dans la périnéphrite aiguë.

Le plus souvent, il faut donner issue d'urgence au pus pour éviter des dégâts importants : la diffusion vers le poumon, la plèvre, la paroi lombaire...

L'intervention chirurgicale d'urgence est donc le traitement à peu près toujours indiqué dans le phlegmon périnéphrétique.

COMMENT FAUT-IL INTERVENIR ? Sous anesthésie générale ou locale, on pratique l'incision de la néphrectomie ordinaire ; certains auteurs préconisent l'anesthésie locale considérant la générale comme dangereuse. Sans méconnaître les gros avantages d'une anesthésie locale, d'une anesthésie rachidienne par la méthode hypobare de Jones, le Dr Auvigne a employé dans nos 11 observations inédites, l'anesthésie générale qui fut très courte, inoffensive en raison de l'extrême rapidité de ces interventions.

L'incision sera de moindre longueur que celle de la néphrectomie : une ouverture de 10 c/m de long est bien suffisante.

Le plus souvent, quand le bistouri a traversé la paroi lombaire infiltrée d'œdème, il tombe aussitôt un peu plus profondément et sans difficulté sur le pus.

Parfois, après la traversée lombaire, on arrive sur

un bloc de périnéphrite fibreuse très dur, sans cavité purulente évidente (obs. VI, XIV); avec le doigt on reconnaît où l'induration est le plus prononcée ; c'est là que, finalement, on tombe sur une cavité grande ou petite, contenant du pus enveloppé dans une coque.

Une fois le pus trouvé, il faut toujours bien explorer au doigt pour savoir s'il n'existe pas d'autres foyers en dehors du premier incisé, pour déchirer les brides qui peuvent cloisonner un grand abcès et s'opposer à un bon drainage.

Faut-il chercher à voir ce qui se passe du côté rein ? Pour les uns (Legueu, Rochet, Fey, etc...), il faut toujours chercher à connaître l'état du rein. Fey dans une communication à la Société Française d'Urologie disait le 3 avril, 1933 :

« Il est classique de dire que le phlegmon périné-
« phrétique une fois incisé on doit s'en tenir là, et
« qu'on ne doit pas explorer le rein... Je ne saurais
« trop m'élever contre cette façon de procéder. Sans
« doute, on ne doit pas chercher à extérioriser le
« rein ; c'est superflu puisque la portion de rein utile
« à explorer est celle qui constitue la paroi de l'ab-
« cès. Mais *j'ai toujours cherché au doigt et toujours*
« *trouvé dans le rein* l'abcès du parenchyme qui a
« donné naissance au phlegmon et deux fois j'ai
« trouvé sur cette même paroi du rein un autre ab-
« cès non encore ouvert que j'ai effondré d'un coup
« de doigt. »

Chevassu répondit à Fey qu'il ne saurait recom-

mander la recherche systématique de l'abcès original.

Marion écrit dans son traité d'urologie et dans le *Journal d'Urologie* de 1925 :

« ...qu'il ne faut pas chercher à voir ce qui se passe
« du côté du rein à moins qu'on n'y soit conduit par
« une lésion évidente, ce serait risquer de l'inocu-
« ler. »

C'est à cette dernière façon de voir que nous nous rangerons : l'abcès incisé, le doigt introduit dans sa cavité détruit brides, cloisons. Si facilement et d'emblée, il reconnaît un abcès cortical du rein, il l'effondre mais seulement si cette manœuvre est très facile — c'est exceptionnel.

L'ouverture de l'abcès périnéphrétique sera suivie aussitôt de la mise en place de drains. La plaie ne sera pas suturée ; il faut bien se garder de la tentative de suturer même si peu que ce soit.

LES SUITES POST-OPÉRATOIRES : Dès le soir d'une ouverture bien faite et complète du phlegmon périnéphrétique, la douleur, et la fièvre diminuent, puis, tout rentre progressivement dans l'ordre : la suppuration se tarissant peu à peu tandis que le malade reprend de l'appétit, des forces et du poids (48 kg. en deux mois chez le malade de notre observation VI). Le drain est à laisser longtemps en place : son ablation trop rapide conduirait à des récidives.

Parfois, l'intervention est suivie encore d'une amélioration mais, ou bien le retour à la normale n'est

pas complet, ou bien après l'amélioration du début les premiers phénomènes réapparaissent.

Si fièvre et douleur persistent quelques jours après l'intervention, de deux choses l'une : ou bien il s'agit d'un foyer aberrant non ouvert, ou bien il s'agit d'une suppuration corticale du rein.

« Patientez, mais, si les phénomènes ne s'amendent pas, il faut retourner à la plaie et voir de quoi il s'agit. » (Marion).

A la réintervention, si on trouve une poche purulente qui avait échappé à la première intervention, on l'évacue et on la draine, sinon, on va au rein, on l'explore, on juge de son état. On peut le trouver atteint de grands abcès corticaux contre lesquels la simple incision et le drainage avec ou sans décapsulation du rein (Fey) peut suffire ou bien d'abcès milliaires multiples.

Parfois, *l'amélioration après l'opération est manifeste; le retour à la normale est total* : pas de fièvre, pas de douleur, le malade a repris des forces... Puis, au bout d'une, deux, trois semaines ou un, deux trois mois et plus, la fièvre et les douleurs reprennent... Dans ce cas, il s'agit, soit d'un phlegmon récidivant provoqué par une infection suppurative du rein pour laquelle la néphrectomie s'impose, soit d'un phlegmon périnéphrétique de l'autre côté (obs. XXXI à XXXV) qu'il faudra également inciser comme le premier.

CONCLUSIONS

Le phlegmon périnéphrétique est, dans la règle, la localisation métastasique à la graisse périrénale d'une septicémie discrète à staphylocoques. L'atteinte de la graisse périrénale est réalisée le plus souvent par l'intermédiaire d'un abcès cortical — parfois sans abcès cortical constatable. Plus rarement le phlegmon périnéphrétique est secondaire à un traumatisme de la région lombaire, à une maladie du rein ou d'un organe voisin du rein (plèvre, poumon, appendice, vésicule).

Le phlegmon périnéphrétique a un début insidieux, une évolution subaiguë, traînant des semaines et des mois (une moyenne de deux mois environ) ; assez souvent il a une évolution chronique. Parfois, il a une évolution aiguë.

On le reconnaîtra :

A certains signes cliniques.

Aux antécédents staphylococciques.

A la fièvre et l'atteinte de l'état général.

Au point douloureux costo-lombaire, précis et permanent.

A la contracture lombaire ou à la perception d'une masse immobile faisant corps avec la paroi lombaire.

A certains signes para-cliniques.

L'absence de pyurie.

La polynucléose sanguine.

Très accessoirement à certains signes radiologiques.

A la constatation de ces signes cliniques, le *diagnostic de phlegmon périnéphrétique* ne fait aucun doute pour qui connaît l'évolution très particulière de la *périnéphrite suppurée*. Mais le malheur est que le médecin, ou bien n'y pense pas assez souvent et fait des diagnostics les plus divers (maladies générales, affections d'organes voisins du rein ou de maladies du rein lui-même) ou même s'il y pense, il s'attend à trouver des signes qui n'existent jamais ou sont trop tardifs, indiquant déjà une complication : la diffusion du phlegmon périnéphrétique hors de la loge rénale, tuméfaction lombaire visible, fluctuante, œdématiée, rouge, etc...

Quand le diagnostic est fait, le pus existe à peu près toujours dans l'atmosphère graisseuse rénale. Il ne faut donc pas trop s'attendre à ce que le *traitement médical* (vaccinothérapie et cataplasmes) amène la disparition d'un pus constitué. En conséquence, même si on croit pouvoir chercher la résolution du phlegmon par un traitement médical, presque toujours il faudra se tenir prêt au *traitement chirurgical*, l'incision précoce et le drainage de l'abcès amenant seuls la guérison très simplement. Dans des cas rarissimes, l'évolution vers la guérison peut être troublée par la récurrence de la suppuration entretenue par un foyer rénal, par l'existence d'un foyer non

ouvert à la première intervention, d'un phlegmon périnéphrétique de l'autre côté. Une réintervention adéquate amènera la guérison même dans ces cas.

Le pronostic du phlegmon périnéphrétique est bénin, grâce au traitement chirurgical : 11 observations inédites : 11 guérisons rapides.

Vu :

LE DOYEN,
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
MARION.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.



BIBLIOGRAPHIE

Pour la Bibliographie antérieure à 1919, consulter la thèse de Cleisz, Paris 1919 et Rocher : des Périnéphrites dans l'encyclopédie française d'urologie, tome 3, p. 417.

ANDRÉ. — Abscès multiples des deux reins et abcès périnéphrétiques à staphylocoques. (*Soc. franç. d'urolog.*, 12 novembre 1923).

BAREYT. — Phlegmons périnéphrétiques avec complications pulmonaires. (*Thèse Paris*, 1919).

BERGERET. — Pathogénie du phlegmon périnéphrétique primitif. (*Arch. urol. de la Clinique Necker*, t. II, fasc. 2, 2 juillet 1919).

BRATSCHINATZ Alex. — Contribution à l'étude des abcès rénaux et périrénaux métastatiques à staphylocoques. (*Thèse de Strasbourg*, 1924).

Edwin BEER. — Mise en évidence par la radio de l'abcès périrénal. (*Mont Sinai Hospital et Bellevue Hospital*, New-York City).

J.-G. BIRDSALL. — Abscès périnéphrétique. (*The Journ. of Urol.*, N° 4, avril 1931).

BÖCKEL (André). — Abscès du rein et phlegmon périnéphrétique consécutif à un furoncle. (*Congr. d'Urol.* 1921).

BONHEIM (Hambourg). — Les abcès périnéphrétiques. (*Dermatol. Woch.*, n° 3, 10 janvier 1929).

BONNEAU R. — Phlegmon périnéphrétique ligneux avec néphrite chronique. (*Journal d'urologie*, 1925, t. I, fasc. 44).

- Henry BROWN. — Abscès périnéphrétique dans un cas de rein en fer à cheval. (*The Journ. of Urol.*, n° 1, juillet 1921).
- CHAMPAGNE. — Les phlegmons périnéphrétiques bilatéraux. (*Thèse Paris*, 1927).
- CHRISTIAN et VINTICI. — Sur une localisation anormale du phleg. périnéphrétique. (*Journal d'Urologie*, 1934, t. 38).
- CIRILLO. — Recherche bactériologique sur quelques cas de suppuration périrénale. (*Journ. d'Urol.*, t. XX, déc. 1920).
- CLEISZ. — Les périnéphrites suppurées métastatiques. (*Thèse Paris*, 1919).
- Zachary COPE. — Abscès périnéphrétiques d'origine extrarénale. (*The British Med. Journ.*, 2 oct. 1920, n° 31.118).
- CREISBERG. — Au sujet de l'étiologie du phleg. périnéphrétique. (*Ourologia*, n° 19, janv.-mars 1928).
- DELORE et Ch. DUNET (Lyon). — Phleg. périn. apparus successivement à droite et à gauche à 1 an d'intervalle. (*Journal d'Urologie*, 1923, t. 15, p. 195).
- FEY. — Traitement des abcès corticaux du rein. (*Journal d'Urol.*, 1933, p. 515).
- Earl FLOYD et J.-L. PUTTMAN. — Sur différents cas d'abcès périnéphrétiques (Atlanta). (*The Urol. and Cutan review*, n° 7, juillet 1932).
- FINIKOFF. — Contribution à l'étude clinique et chirurgicale des abcès corticaux du rein. (*Thèse Paris*, 1930).
- GODDARD. — Les abcès corticaux du rein. (*Thèse Paris*, 1924).
- Fr. GRECO (Catania). — La périnéphrite ligneuse. (*Annali italiani di chirurgia*, 1^{re} année, 1922, fasc. 4 et 5).

- GRUENFELD et P. SIGOLOFF (de St-Louis). — Abscès périnéphrétiques et formation de fistule en rapport avec la vésicule. (*The Journ. of the Am. Med. Assoc., Chicago*, n° 26, 28 juin 1930).
- Paul HAMONIC, Paris. — Deux cas de périnéphrites suppurées subaiguës consécutives à l'ouverture spontanée d'abcès du rein. (*Journal d'Urologie*, 1920, t. 10, p. 304).
- HEITZ-BOYER. — Phlegmon périnéphrétique traité par le vaccin de Delbet. (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurg.*, n° 5, 18 février 1928).
- Verne G HUNT (Rochester Minn.). — Les abcès périnéphrétiques. (*The Journ. of the Am. Med. Assoc., Chicago*, 27 déc. 1924, n° 26)
- JEANBRAU. — Phlegm. périnéphrét. méconnu à l'évolution ayant duré 3 ans. (*Journ. d'Urologie* 1928, t. 25).
- E. KESSLER, F.-A. BENNETS et S.-K. BROWN Los-Angeles). — Les abcès périnéphrétiques confondus avec les lésions osseuses adjacentes. (*The Am. Journ. of Surgery*, n° 2, nov. 1933).
- KONIG. — Traitement chirurgical des infections rénales et périrénales, pyogènes. (*Zeitsch f. Urol.*, t. XVIII, janvier 1925).
- KRISBERG. — Etiologie du Phleg. périnéph. (*Ourologia*, t. V, fasc. I, n° 19, janv.-mars 1928)
- A. LAVENANT. — Contusion lomb. infection gastro-intestinale et phleg périnéphr. 15 mois après. (*Journal d'Urologie*, 1921, t. 12).
- LAMBERT. — Les abcès du rein. (*Soc. Med. de Reims*, 18 avril 1906).
- LE FUR. — Congrès d'Urologie, 1921, p. 394.
- A. LEMOINE et A. GUY. — Phlegmon périnéph. expérimental. (*Revue de path. comparée et d'hygiène générale*, n° 415, avril 1931)
- LEVAXELAIRE. — Etat actuel de la question des abcès corticaux du rein. (*Thèse Paris*, 1930).

- LEVI M. — Abscès rénal rompu, paranéphrite. (*Zeitsch für Urol. Chirur.*, n° 13, déc. 1928).
- Philip J. LIPSET (New-York). — Examen aux rayons X des abcès périrénaux. (*The Journ. of Am. Med. Assoc.*, Chicago, n° 17, 18 avril 1928).
- G. MARION. — *Traité d'Urologie*, tome I, p. 451 : Le phlegmon périnéphrétique.
- « On connaît mal le phlegmon périnéphrétique. Comment le reconnaître et comment le traiter ? ». (*Journal d'Urologie*, 1925, t. I, p. 140).
- MAROGER. — Phlegm. périnéphrétique à bacilles de Gartner. (*Thèse Paris*, 1932).
- MARSAN. — Infections urinaires à staphylocoques et à la furunculose. (*Cong. d'Urol.*, mars 1922).
- Ch. MOTZ. — Les pyonéphrites. (*Thèse Paris* 1932 et *Arch. urol. de Necker*, t. 7, fasc. 3 et 4).
- NECKER. — Périnéphrite scléreuse comme symptôme initial des abcès corticaux du rein. (*Zeitsch. für Urol. Chirurg.*, 6 mars 1923).
- A. HAMILTON PEACOCK (Washington). — Les abcès périnéphrétiques. (*Surgery Gyn. and Obst.*, n° 6, juin 1929).
- WINFIELD Scott. PUGH. — Les abcès chez l'enfant. (*The Urol. and Cutan. review*, n° 7, juillet 1925).
- QUINBY. — Evolution terminale des infections rénales. (*The Journ. of Urol.*, 1925).
- RESCHKE. — Paranéphrite et anthrax du rein. (*Arch. für Klin. Chirurg.*, fasc. 1 et 2, 1924).
- RIOU P. — Sur quelques cas de phlegmons périnéphrétiques. (*Gazette médicale de Nantes*, décembre 1937).
- Lev. G. RIGLER et H. MANSON (Minnéapolis). — Etude radio et clinique des abcès périrénaux. (*The Am. Journ. of Surgery*, n° 3, sept. 1931).
- ROCHET V. — Les périnéphrites. (*Encyclopédie française d'Urologie*, t. 3, p. 417).

- RICHER (Lyon). — Phlegm. périnéph. tardif après pyélotomie pour calcul. (*Journal d'Urologie*, 1930, t. 29).
- L. STROMINGER (Bucarest). — Phleg. périnéphrétique gonococcique. (*Journal d'Urologie* 1924, t. 17, p. 139).
- SZEGAL. — Phleg. périnéph. bilatéraux. (*Thèse Paris*, 1936).
- TAYLOR J.-A. — Deux cas d'abcès périnéphrétiques bilatéraux. (*The Am. Journ. of Surgery*, n° 1, juillet 1931).
- G. WOLFROMM et J. BUSY. — Appoint apporté par la néphro-pyélographie intraveineuse au diagnostic du phleg. périnéphrétique. (*Journ. d'Urol.*, 1933, t. 35, p. 235).

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.	9
Historique.	13
Anatomie pathologique.	15
Etiologie.	19
Tableau clinique.	27
— Forme classique exceptionnelle du phlegmon périnéphrétique décrite par Trousseau et Dieulafoy.	27
— Forme commune du phlegmon périnéphrétique. Exposé des observations.	30
Symptômes.	49
— Les antécédents de furonculose.	49
— La douleur.	52
— La fièvre.	54
— La contracture lombaire.	54
— L'examen des urines pour la recherche du pus.	56
— L'examen du sang.	57
— La radiographie.	57
— L'évolution subaiguë ou chronique.	60
Formes cliniques.	63
— Suivant l'évolution.	63
— Suivant la localisation de l'abcès.	64
Diagnostic.	67
— Diagnostic différentiel.	67
Pronostic.	75
Traitement.	77
Conclusions.	83
Bibliographie.	87

